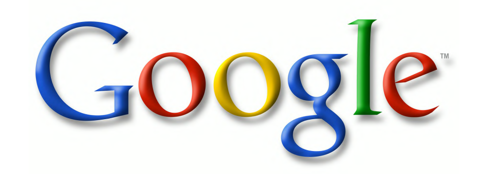
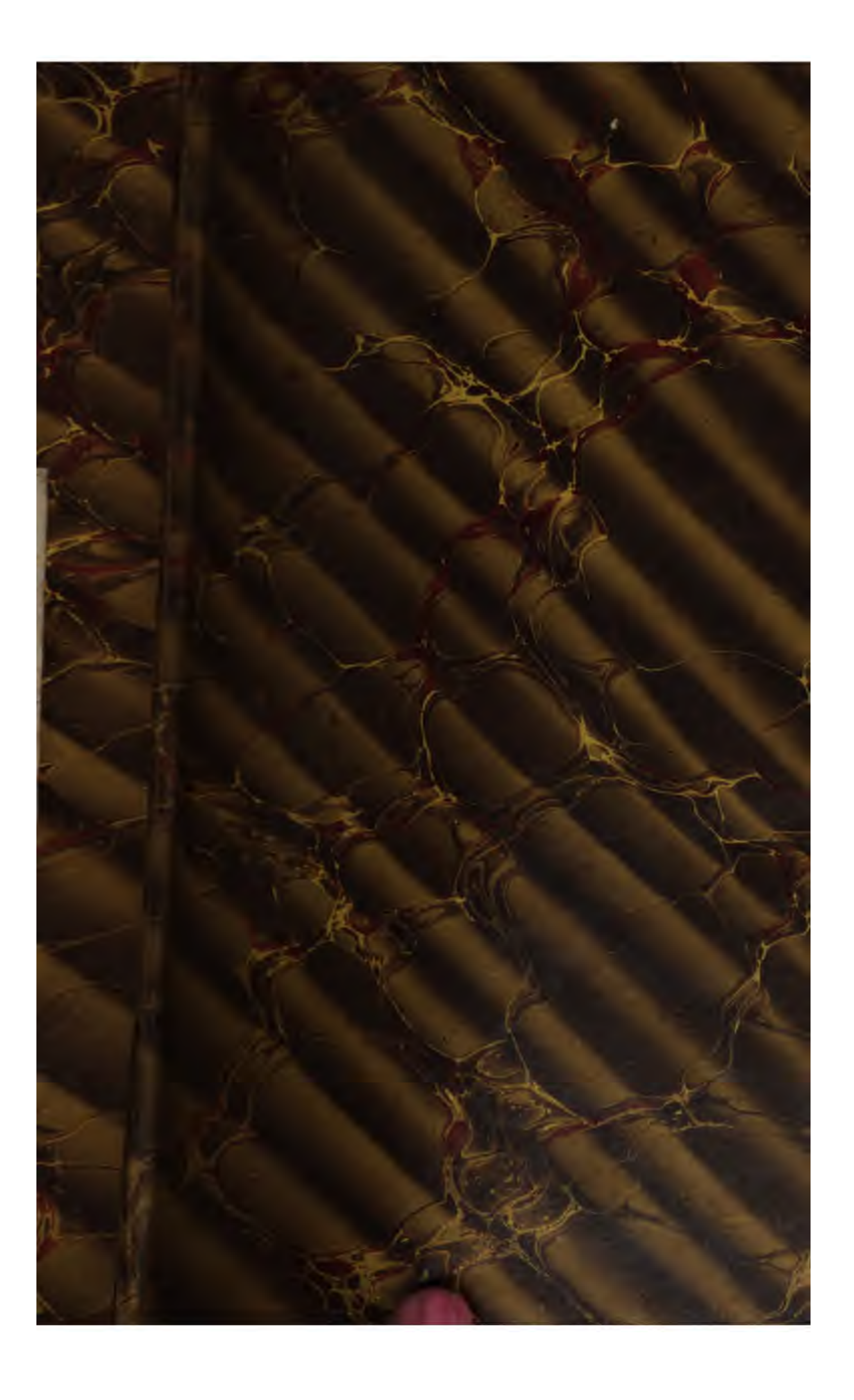
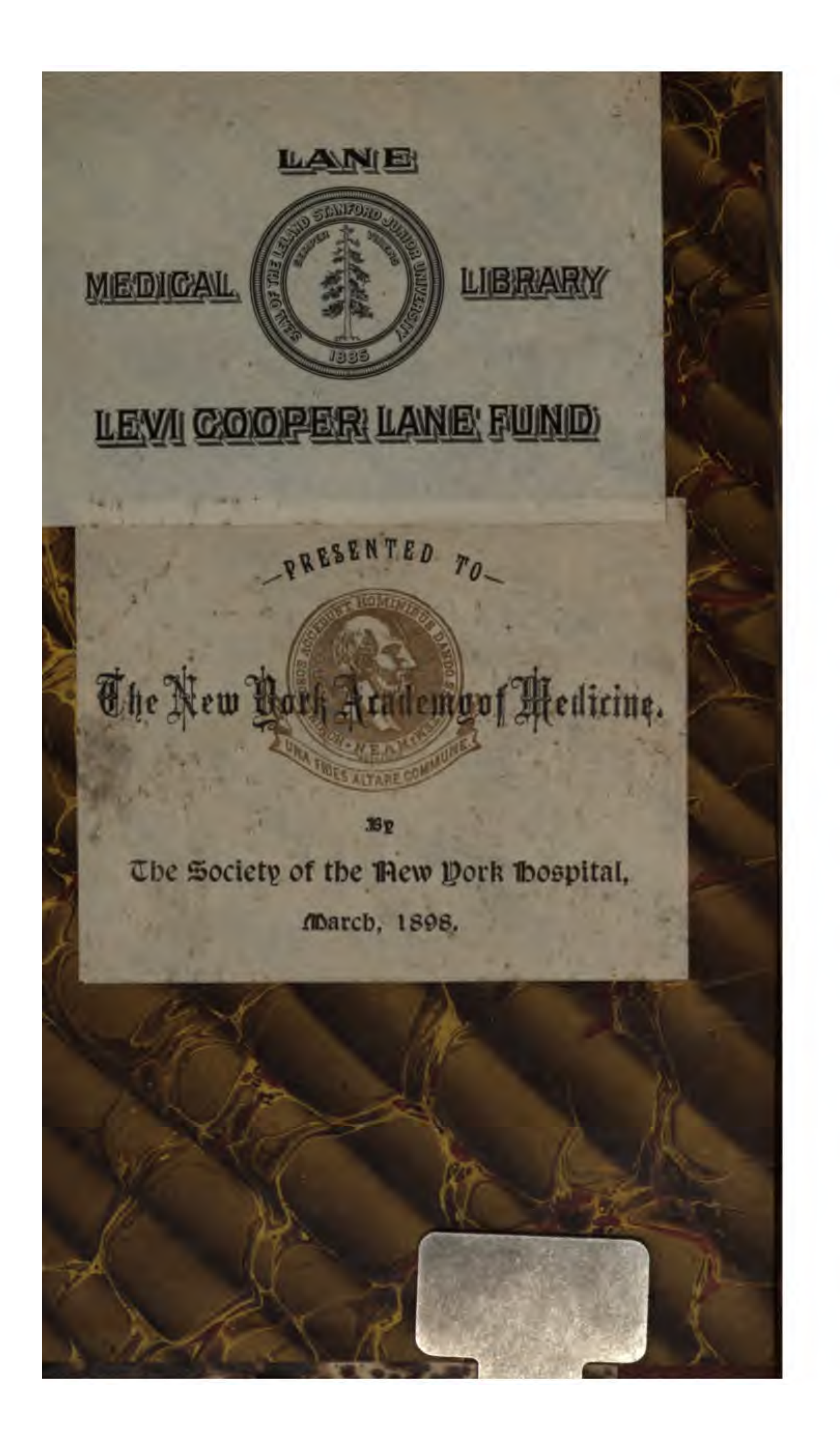



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
L41 .G49 8 STOR
Cours théorique et clinique de patholog
24503400856


LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LEVI COOPER LANE FUND
PRESENTED TO
The New York Academy of Medicine.
UNA FIDES ALTARE COMMUNE
By
The Society of the New York Hospital,
March, 1898.




LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LEVI COOPER LANE FUND
PRESENTED TO
The New York Academy of Medicine.
UNA FIDES ALTARE COMMUNE
By
The Society of the New York Hospital,
March, 1898.

ITH

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPIE MÉDICALE.

TOME HUITIÈME.

Bordeaux. Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE

INTERNE

ET DE

THÉRAPIE MÉDICALE

par

E. GINTRAC,

Directeur de l'École de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion-d'Honneur,
Membre de la Commission administrative des Hospices civils, de l'Académie Impériale des Sciences,
Belles Lettres et Arts, et de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de la même ville,
Correspondant de l'Institut (Académie des Sciences),
Associé national de l'Académie impériale de Médecine de Paris,
Membre honoraire de l'Académie royale de Médecine de Belgique et de la Société d'Hydrologie Médicale de Paris,
Associé du Collége des Médecins de Philadelphie,
Correspondant de l'Académie des Sciences de Dijon, de la Société Académique de la Loire-Inférieure,
de la Société libre d'Émulation de Liége, de l'Académie gioenia des Sciences naturelles de Catane,
des Sociétés médicales de Louvain, de Hambourg, du grand duché de Bade,
de Strasbourg, de Montpellier, Toulouse, Lyon,
Marseille, Besançon, Caen, Évreux, Metz, Tours, Douai, etc.



TOME HUITIÈME

PARIS,

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

Londres et New-York, H. Baillière. | Madrid, Ch. Bailly-Baillière.

1869

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME HUITIÈME.

Maladies de l'appareil nerveux.

3me Classe. — LÉSIONS DE CIRCULATION ET DE SÉCRÉTION.

1re DIVISION. — PHLEGMASIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

ET DE

THÉRAPIE MÉDICALE.

MALADIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

3e Classe. — LÉSIONS DE CIRCULATION ET DE SÉCRÉTION.

4e Division. — PHLEGMASIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

I. MÉNINGITE. — 8e SECTION. MÉNINGITE GRANULEUSE.

La méningite granuleuse se distingue des espèces précédemment étudiées par la présence dans les méninges de petits corps arrondis, d'aspect miliaire, isolés ou agglomérés, auxquels on a donné le nom de *granulations*.

Assimilant ces granulations aux tubercules, on a encore nommé cette méningite *tuberculeuse*.

C'est depuis trente et quelques années que cette maladie a été mieux connue et plus exactement définie par le rapprochement des symptômes et des lésions anatomiques. Cette connaissance est due surtout aux travaux des médecins français.

Ce n'est pas qu'on n'ait, avant 1833, signalé parfois la présence des granulations dans les membranes du cerveau ; mais leur nature, leur importance et leurs corrélations avec

l'état général du sujet n'avaient pas encore suffisamment appelé l'attention des observateurs.

On a bien fait remonter à Willis la notion première des granulations morbides des méninges; mais la désignation que cet auteur en fait, *nodi et tuberculi* [1], paraît se rapporter plutôt à des tubercules volumineux ou à des tumeurs squirrheuses appartenant même à la dure-mère *(Nodi scirrhosi in tota meninge exteriori)*. Comme on le voit, il ne s'agit pas du tout de granulations d'aspect miliaire.

Certainement, les granulations n'avaient pas dû échapper aux regards des pathologistes du siècle dernier; par exemple, elles ont été assez bien indiquées par Bang, sous le nom de *corpuscula graniformia* [2]. Divers faits qui seront rapportés prouvent que ce genre d'altération avait été parfaitement remarqué par plusieurs observateurs du commencement de ce siècle. On s'en assurera par les exemples dus à Powel (1815), à Martinet (1824), à Raikem (1826), à Demongeot de Confevron (1827), à Guibert (1828) [3], à Charpentier (1829).

Je puis aussi citer une observation que je recueillis en 1813, et qui est rapportée sous le numéro CDXXV. Or, à cette époque, la lésion dont on s'occupait le plus était l'épanchement séreux ventriculaire, l'hydrocéphalie aiguë ou chronique; mais je notai avec grand soin tout ce qu'une investigation curieuse me faisait reconnaître, et je pus assimiler les granulations que je rencontrai à celles que le tissu séreux m'avait plusieurs fois montrées.

Parmi les observateurs que j'ai cités comme ayant constaté l'existence des granulations, il est juste de mentionner d'une manière particulière Demongeot de Confevron, qui, dans sa dissertation inaugurale soutenue en 1827, les dis-

(1) Nec minus a phlegmone et abscessu quam ab hujusmodi meningum nodis et tuberculis nonnunquam cephalalgiæ lethales aut incurabiles oriuntur. (Willis, *Anima brutorum*, pars 2ª, *Pathologica*. Venetiis, 1720, t. II, p. 77.)

(2) *Selecta diarii nosoc.* Hafniæ, 1782, mains 9, t. I, p. 223.

(3) *Journal complémentaire*, 1828, t. XXXI, p. 103.

tingua parfaitement des concrétions purulentes avec lesquelles on avait pu souvent les confondre. Il les considéra comme étant de nature tuberculeuse, comme précédant l'inflammation des méninges, et entraînant la terminaison funeste de la maladie. Il avait, en outre, constaté la coïncidence de cette sorte de méningite avec la tuberculisation pulmonaire (1). Pour l'époque où ces remarques furent faites et publiées, elles constituaient un véritable progrès, et on a eu le tort de les passer sous silence dans l'historique de la méningite granuleuse ou tuberculeuse. Mais, pour être juste, il faut ajouter que Demongeot observait à l'hôpital des enfants malades, sous les yeux et sous l'inspiration de Guersent.

Et cependant, vers la même époque, Guersent indiquait à peine, et presque comme accidentelles, les granulations sous-arachnoïdiennes; il les rapportait à la méningite chronique (2). De son aveu, il doutait encore, en 1827, de leur affinité avec les tubercules (3). Mais les faits se multiplaient dans son service, et déjà, en 1830, Papavoine employait la dénomination d'*arachnitis tuberculeuse* pour désigner deux cas remarquables par les manifestations multiples de la diathèse tuberculeuse (4).

Dans le même hôpital, Jadelot, et avec lui Burnet (5) et Tonnellé (6), constataient la présence à la fois des granulations méningiennes et des tubercules cérébraux.

D'autre part, Dance annonçait l'identité de ces diverses sortes d'altérations (7); et M. Andral donnait plusieurs exemples de méningite accompagnée de productions de nature tuberculeuse (8).

(1) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 276, p. 21.

(2) *Dictionnaire de Médecine*, t. XIV, 1826, p. 169.

(3) *Dictionnaire de Médecine ou Répertoire*, t. XIX, 1839, p. 392.

(4) *Journal hebdomadaire*, 1830, t. VI, p. 113.

(5) *Ibidem*, t. V, p. 439.

(6) *Ibidem*, 1829, t. IV, p. 570. Cependant Tonnellé distingue des tubercules les granulations, qu'il assimile aux fausses membranes (p. 587).

(7) *Archives*, t. XXII, p. 311.

(8) *Clinique médicale*, t. V, p. 34, etc.

Ainsi, pour quiconque se tenait au courant des faits recueillis, la connaissance des granulations sous-arachnoïdiennes et de leurs rapports avec la tuberculisation générale, n'était, en 1833, ni nouvelle, ni contestée. Au contraire, elle était déjà assez répandue; seulement, on ne se doutait pas encore de la fréquence de cette tuberculisation méningienne; et si Parent-Duchatelet et Martinet avaient fixé sur l'arachnitis de la base du cerveau l'attention précédemment acccordée, d'une manière presque exclusive, à l'épanchement séreux des ventricules, c'était maintenant vers l'altération granuleuse de la pie-mère que les cliniciens allaient diriger leurs plus actives recherches.

Ce résultat fut rapidement amené par les travaux de plusieurs jeunes médecins observant isolément ou de concert dans les salles de l'hôpital des Enfants malades.

Un premier travail de M. Rufz contenait neuf histoires d'affections cérébrales terminées par la mort ([1]), dont trois pouvaient se rapporter à la méningite granuleuse, et voici en quels termes il est parlé des lésions constatées : « Ce sont des points granulés, blanchâtres, de la grosseur d'un grain de millet » (1re Observ.); « de petites granulations blanchâtres, transparentes, dures et grosses comme des têtes d'épingle » (IVe Obs.); « quelques points jaunes, grisâtres, ayant l'aspect des tubercules » (IXe Obs.). Il ne s'agissait alors des granulations que d'une manière à peu près incidente. On peut en dire autant de la mention qui est faite des granulations dans divers cas de méningite, publiés vers le même temps par Berton. Cet auteur ne paraît y attacher qu'une faible importance, considérant ces altérations comme des effets de la méningo-encéphalite, et les comparant aux granulations sous-pleurales que l'on rencontre à la suite de quelques pleurésies ([2]). Mais, deux ans après, l'altération granuleuse des méninges était devenue le point capital de l'histoire des affections cérébrales de l'enfance.

([1]) *Archives*, 2e série, t. I, 1833, p. 184.

([2]) *Recherches sur l'hydrocéphale aigu*. Paris, 1834, p. 14, et obs. 5e, 11e et 14e.

En 1835, M. Rufz consigne dans sa Thèse (1) le résumé de 14 nouvelles observations recueillies à la Clinique de Guersent, et presque à la même date W. Gerhard publie aux États-Unis les observations qu'il a faites sous le même maître (2) ; de plus, Constant et Fabre, après avoir puisé encore à la même source des documents nombreux, adressent à l'Institut, qui le couronne, un Mémoire sur la méningite tuberculeuse. Ce Mémoire, dit-on, fut perdu ; cependant, des extraits en ont été donnés (3), et il paraîtrait, au dire de Guersent (4), que le manuscrit de Constant avait été acquis par un médecin étranger, le Dr Green, qui s'en serait servi pour composer un travail sur la méningite tuberculeuse. Toutefois, ce médecin avait aussi observé par lui-même, ayant suivi pendant trois ans les visites de l'hôpital des Enfants (5). Mais cet auteur ne se contente pas de ses propres observations ni de celles qui lui furent communiquées. Supposant que les faits antérieurement publiés sous les titres d'*hydrocéphale*, d'*arachnitis*, etc., n'étaient que des méningites tuberculeuses, il emprunte à Coindet, à Matthey, à Abercrombie, à Senn, à Charpentier, des matériaux pour élargir ses statistiques, associant ainsi des éléments qui certainement n'étaient point de même nature, et qui, par conséquent, n'étaient nullement comparables.

Le même reproche doit être fait à la dissertation de M. Piet (6). Ce médecin, ayant recueilli en 1833 et 1834 vingt-quatre observations qu'il se borne à résumer, y joint les descriptions de Robert Whytt, d'Odier, de Coindet, de Parent-Duchatelet et Martinet, de Senn et de Charpentier,

(1) *Recherches sur les symptômes et les lésions anatomiques de l'affection décrite sous les noms d'Hydrocéphale aigu, Fièvre cérébrale, Méningite, Méningo-céphalite.* (Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1835, n° 42, — et *Gazette médicale*, 1835, p. 321.)

(2) *American Journal of med. Sciences*, april 1834, nov. 1835.

(3) Dans la *Gazette médicale*, par Berton, 1839, p. 238.

(4) *Dictionnaire de Médecine ou Répertoire*, t. XIX, p. 392.

(5) *The Lancet*, may 1836. Article traduit dans *Encyclographie des Sciences médicales*, du Dr Mariaus. Bruxelles, juillet 1836, 2e série, t. VII, p. 282. — *Rust's Magazin*, extrait dans *Gazette médicale*, 1837, p. 707.

(6) *Sur la Méningo-céphalite tuberculeuse des Enfants.* (Thèses de Paris, 1836, n° 279.)

comme si ces auteurs n'avaient vu et décrit que des méningites granuleuses.

Cette faute n'a point été commise par M. Lediberder, ne comparant, il est vrai, que huit faits : trois d'enfants et cinq d'adolescents et d'adultes. Mais ces faits appartenaient exactement au point nouveau de pathologie qu'il s'agissait d'éclairer (1).

Ce point important faisait encore le sujet de résumés intéressants, mais trop dépourvus d'histoires particulières, publiés par Becquerel (2) et par Coignet (3). En même temps, Rilliet et Barthez présentaient les résultats de leurs consciencieuses études (4); et Legendre, ayant recueilli, avec le soin le plus scrupuleux, quinze observations judicieusement commentées, distinguait deux formes de la méningo-encéphalite, et rendait de plus en plus palpables les rapports des granulations méningiennes et de la tuberculisation générale (5).

M. Hahn, d'Aix-la-Chapelle, a également exposé des faits de méningite tuberculeuse, intéressants surtout au point de vue pratique (6).

Cette maladie a fait le sujet de plusieurs thèses contenant des observations utiles : en 1852, de M. Bechet (7) et de M. Pivent (8); en 1853, de M. Savouret (9); en 1854, de M. Liégard (10). Il faut ajouter aux matériaux déjà accumulés les observations de M. Surmay, sur la méningite tubercu-

(1) *Essai sur l'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère chez les Adultes.* (Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 410.) — Valleix rendit compte avec éloge de cette Thèse (*Archives*, 1838, 3e série, t. I, p. 15), signala surtout l'une des observations, et publia lui-même plus tard une observation de méningite tuberculeuse chez un adulte (*Archives*, 4e série, 1846, t. XI, p. 193).

(2) *Recherches cliniques sur la Méningite des Enfants.* Paris, 1838, et Thèse, 1840, n° 389.

(3) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 417.

(4) *Maladies des Enfants*, 2e édition, 1854, t. III, p. 445.

(5) *Recherches sur quelques maladies de l'Enfance.* Paris, 1846, p. 1.

(6) *Archives*, 1849, 4e série, t. XX, p. 385, — et *De la Méningite tuberculeuse, étudiée au point de vue clinique.* Paris, 1853.

(7) *De la Méningite simple et de la Méningite tuberculeuse.* Paris, 1852, n° 302.

(8) *De la Méningo-encéphalite tuberculeuse.* (Thèses de Paris, 1852, n° 105.)

(9) *De l'Encéphalo-méningite tuberculeuse.* (Thèses de Paris, 1853, n° 134.)

(10) *De la Fièvre cérébrale ou Encéphalo-méningite.* (Thèses de Paris, 1854, n° 304.)

leuse des adultes (1), et les faits nombreux recueillis à Londres par M. Wilks (2).

La nature tuberculeuse des granulations de la pie-mère avait été, dès l'année 1835, assez généralement regardée comme incontestable. Toutefois, cette opinion n'était pas unanime. Trousseau ne l'avait pas partagée (3). M. Bouchut l'a repoussée davantage encore (4), et M. Ch. Robin, après des recherches microscopiques réitérées, ne lui a pas été plus favorable.

Les recherches microscopiques ont, en effet, appris que les granulations grises, dures, demi-transparentes, ne contiennent pas de matière tuberculeuse, mais qu'elles sont formées surtout d'éléments fibro-plastiques et de fibres conjonctives réunis dans une gangue amorphe.

M. Empis a aussi considéré les granulations comme constituant un état morbide spécial, se montrant en des points nombreux de l'économie, et tenant à une origine commune, laquelle serait un mode particulier d'inflammation, et non la diathèse tuberculeuse (5). Cependant, les granulations peuvent, à son avis, se transformer en tubercules (6). Il admet donc alors, en quelques circonstances du moins, une affinité réelle entre la granulie et la genèse tuberculeuse. Cette sorte de conciliation me semble favorable à l'intelligence de certains faits; mais elle sera peut-être le sujet de quelques objections : par exemple, la rareté des cas dans lesquels la transformation a pu être saisie, la fréquente persistance des granulations sans changement jusqu'à la mort, la très rare association, dans les tumeurs volumineuses, de la matière tuberculeuse et de la texture fibro-plastique. Mais celle-ci, comme je l'ai dit ailleurs, est si variée dans ses

(1) *Gazette médicale*, 1855, p. 808 et 820.
(2) *Guy's hospital Reports*, 1860, third serie, t. VI, p. 101.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 295.
(4) *Traité pratique des Maladies des Nouveaux-nés*. Paris, 1852, 2e édit., p. 243, — et *Gazette des Hôpitaux*, 1853, p. 504.
(5) *De la Granulie*. Paris, 1865, p. 355.
(6) *Ibidem*, p. 47.

attributs, qu'un de ses modes pourrait bien offrir cette sorte de connexité.

Il résulte des aperçus qui précèdent, qu'il existe une méningite distincte des autres par la présence dans les membranes du cerveau de productions spéciales, prenant l'aspect de petits corps arrondis, multiples, appelés *granulations;* que ce genre de lésion a d'étroits rapports avec la diathèse tuberculeuse; que, cependant, ces granulations n'ont pas toujours les apparences, ni les propriétés, ni la constitution des tubercules, et que dès lors des réserves sont nécessaires et des distinctions utiles, quant aux coexistences constatées dans de nombreux faits.

C'est en vertu de ces motifs, et d'après mes propres remarques, que j'ai conservé le titre de *méningite granuleuse,* le préférant à celui de *méningite tuberculeuse;* car cette méningite offre toujours des granulations, et les granulations ne sont pas toujours des tubercules, bien qu'elles le soient en certains cas. Il fallait donc éviter une dénomination pouvant représenter une idée préconçue ou inexacte.

On serait d'ailleurs dans l'erreur, si on supposait l'histoire de la méningite granuleuse aussi simple que semblaient l'avoir faite les données qui ont eu un cours si rapide dans la science. L'absence ou la présence des tubercules dans divers organes de l'économie, alors que des granulations existent dans la pie-mère, exige des subdivisions, et j'ai cru indispensable de classer les faits de la manière suivante :

Une première série présentera ceux dans lesquels il n'existait de granulations que dans les méninges. C'est la méningite granuleuse simple.

La seconde comprendra ceux dans lesquels, outre les granulations des méninges, il s'en trouvait dans les organes thoraciques ou abdominaux.

Et la troisième offrira les cas plus nombreux, où, indépendamment des granulations développées dans les méninges, on a rencontré des tubercules dans les organes thoraciques ou abdominaux.

1re Variété. — Méningite granuleuse simple.

Cette série doit être étudiée la première, puisqu'elle présente les cas les plus simples. L'inflammation des méninges est accompagnée de la formation de petits corps rapprochés ou isolés, qui occupent différents points de la périphérie de l'encéphale.

Une distinction devient ici immédiatement nécessaire. Tantôt les granulations sont agglomérées et voisines de la ligne médiane, sur les côtés du sinus longitudinal supérieur; tantôt elles sont disséminées sur les parties latérales des hémisphères, dans les anfractuosités, dans les scissures, à la base, etc.

Les premières, ordinairement réunies, groupées, paraissent n'être qu'un développement pathologique des corpuscules de Pacchioni. J'appelle cette sous-variété *méningite granuleuse simple aciniforme.*

La seconde, offrant des granulations distribuées en des points variés de l'étendue des méninges, sera nommée *méningite granuleuse simple diffuse.*

1re sous-variété. — *Méningite granuleuse simple aciniforme.*

Cette méningite granuleuse mérite une mention particulière, en ce qu'elle n'est pas décrite par les auteurs comme forme nosologique distincte. Due à un développement morbide des corpuscules de Pacchioni qui s'est associé à la phlegmasie des méninges, elle diffère essentiellement de la méningite granuleuse ordinaire.

Ces granulations se présentent sous la forme de petites plaques convexes, arrondies ou ovalaires, occupant plusieurs millimètres carrés; leur siége le plus constant a été le long du bord supérieur des hémisphères cérébraux.

Leur disposition sous l'apparence de grappes m'a fait désigner cette sous-variété sous le nom d'*aciniforme;* et leur situation déterminée, leur naissance ou leur saillie sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde, leurs rapports avec la

dure-mère, etc., m'ont porté à placer le siége spécial de ces granulations dans les corpuscules de Pacchioni. On sait que le volume et le nombre de ces corpuscules varient en raison directe de l'âge [1]. Or, lorsque je les ai trouvées très prononcées chez des sujets encore jeunes, j'ai pu supposer que l'état phlegmasique des tissus voisins avait dû les tuméfier, les enflammer, et contribuer ainsi à leur accroissement et à leur apparition précoce.

Cette déduction m'a paru conforme aux faits. De plus, elle s'accorde avec les remarques de Jos. et Charles Wenzel, qui ont présenté les résultats de recherches nombreuses et fort exactes sur ces corpuscules. Ils résument ainsi leurs observations : « Ubi multa admodum corpuscula reperiebantur, non solum utramque inter membranam turbida, flava ex parte etiam densa lympha coagula obtulit se; sed membranæ etiam albidæ, albæ, flavæ magis minusve opacæ, densæ tenaces, membranæ spuriæ non absimiles erant, firmiterque interse cohærebant [2]. »

Il n'est guère possible de mieux caractériser l'inflammation des méninges offrant une pullulation exagérée des glandes de Pacchioni.

Ces petits corps, rendus très apparents et formant des groupes saillants et nombreux, en même temps que l'arachnoïde présente des indices irrécusables de phlegmasie, donnent à cette variété de méningite un aspect particulier que l'on ne saurait méconnaître.

Les frères Wenzel ont noté que la couleur des corpuscules varie, selon l'état des méninges et selon le degré d'abondance et de consistance du fluide qui les infiltre. Si ce fluide est dense, ajoutent-ils, s'il a produit des adhérences entre les feuillets membraneux rendus opaques, ces corpuscules prennent une teinte jaunâtre (P. 13).

Une certaine ressemblance se trouve donc entre les glandes de Pacchioni développées par l'état phlegmasique

[1] Faivre, *Des Granulations méningiennes*. (Thèses de Paris, 1853, p. 27.)
[2] Jos. et Car. Wenzel, *De penitiori structura cerebri*. Tubingæ, 1812, p. 11.

environnant et les granulations que les méninges peuvent présenter ailleurs sous une influence semblable : à peu près même volume, même forme, et souvent même couleur.

Toutefois, il existe de notables différences. Un examen attentif permet d'assigner aux corpuscules méningiens un siége précis, et de reconnaître leur accroissement sus-arachnoïdien, tandis que les granulations morbides naissent et se développent dans le tissu même de la pie-mère.

Ce sont ces remarques précises, ces caractères tranchés qui séparent et spécifient comme sous-variété particulière la méningite accompagnée du développement des corpuscules de Pacchioni, et je lui ai donné le nom de *méningite granuleuse aciniforme* pour mettre en relief un de ses attributs ordinaires, c'est à dire la disposition des corpuscules en grappes, constituant des plaques mamelonnées plus ou moins saillantes, plus ou moins étendues, mais toujours circonscrites à la région indiquée.

L'accroissement des glandes de Pacchioni a lieu parfois en même temps que se produisent les granulations morbides des méninges. Plusieurs observations donneront des exemples de cette coïncidence, et il en est d'autres que je pourrais citer : ce sont des effets distincts, mais analogues et simultanés, d'une influence commune; toutefois, malgré leurs rapports et leur ressemblance, il m'a paru essentiel de les séparer. On constate aisément ainsi leurs analogies et leurs différences. Mais les exemples qui vont suivre offrent la lésion dans sa plus grande simplicité, uniquement constituée par la tuméfaction des corpuscules de Pacchioni jointe à la méningite.

CDX^e Obs. — Enfant, sept ans. Chute neuf mois avant sur la tempe droite, suivie de tumeur avec écoulement de fluide; état d'idiotisme, lenteur des mouvements, atrophie des membres; masturbation, puis convulsions; amaurose, bourdonnements d'oreilles, sentiment et mouvement affaiblis, pupilles dilatées. Mort vers le quarantième jour.—Méninges très épaisses, très rouges et couvertes

d'une matière comme albumineuse. Le long du sinus longitudinal supérieur, granulations blanchâtres; quantité médiocre de sérosité dans les ventricules ([1]).

CDXI[e] Obs. — Garçon, huit ans, sourd-muet. Perte de l'appétit, vomissement, fièvre; rougeole, toux sèche; mouvements convulsifs, céphalalgie, face bleuâtre, rétraction des membres supérieurs, assoupissement, cris. Mort dans la deuxième semaine. — Granulations nombreuses sur les côtés de la faux, avec quelques adhérences partielles; infiltration sous-arachnoïdienne; collection séreuse entre deux circonvolutions de l'hémisphère gauche, communiquant avec le ventricule rempli de beaucoup de sérosité; ganglions bronchiques volumineux, mais sans tubercules, ainsi que les poumons et les autres organes ([2]).

CDXII[e] Obs. — Homme, trente-cinq ans, tempérament lymphatique. Céphalalgie et douleurs lombaires dans la nuit du 31 janvier; toux et torpeur après exposition à l'air froid. Le lendemain, boisson de quatre pintes de bière, augmentation des douleurs, chaleur vive de la peau. Troisième jour, vomissement, selles abondantes, inappétence. Sixième jour, assoupissement, soubresauts des tendons, rêvasseries avec mussitation. Septième, céphalalgie plus forte. Toutefois, le malade peut se lever et marcher; il a des selles imprégnées de sang. Dix-septième, douleur sur les orbites, somnolence, surdité, chaleur de la peau, pouls 116, dur, langue brune et sèche, pâleur, pupilles contractées; grande peur de la mort. Délire la nuit suivante; pouls 120, plein et dur. Dyspnée, stupeur, pupilles normales. Après une saignée, le pouls descend à 96. Vingt-troisième jour, moins de délire, un peu d'appétit. On donne des aliments et de la bière. Pendant ce repas, la vue s'obscurcit, la respiration s'embarrasse. Mort le lendemain. — Deux onces de sang s'écoulent des parois du crâne au moment où on les divise. Il y a sur la dure-mère des orifices qui laissent passer de petites saillies, quelques-unes du volume d'un pois, et logées dans des dépressions de la voûte du crâne. Ces saillies paraissent naître de la pie-mère et n'ont aucun rapport avec le cerveau. Les vaisseaux de la dure-mère sont très distendus. Le long du sinus longitudinal supérieur, les méninges ont contracté de fortes adhérences entre elles. Ailleurs, il y a une infiltration séreuse abondante entre la pie-mère et l'arachnoïde; celle-ci est fort épaissie. Dans le ventricule gauche, une once et demie de fluide, point dans le droit. Plexus choroïdes distendus, parois des

([1]) Service de Jadelot, janv. 1816. (Deslandes, Thèses de Paris, 1817, n° 119, obs X, p. 22.)
([2]) Guibert, *Journal complémentaire*, t. XXXI, p. 113.

ventricules vasculaires. Estomac injecté et ecchymosé; pas d'altérations dans les autres organes (1).

CDXIIIe Obs. — Homme, soixante-dix ans. 1er mars, délire, réponses difficilement obtenues, pouls très irrégulier. Après huit à dix jours du même état, perte de la parole, coma, joues gonflées à chaque expiration, enduit glaireux sur la langue et les dents, affaiblissement successif. Mort au bout de trois semaines. — Sur toute la convexité du cerveau, infiltration séreuse très abondante dans la pie-mère; nombreuses granulations blanches (glandes de Pacchioni) sur les deux côtés de la faux cérébrale. On en trouve aussi plusieurs disséminées en divers points de l'arachnoïde de la convexité. Beaucoup de sérosité dans les ventricules. Pas de lésion de la substance cérébrale, qui contient peu de sang. Points d'ossification dans les artères carotides internes et vertébrales. Sommet du poumon droit dur, noir, imperméable. Cœur normal. Sang coagulé dans les cavités droites, dont la membrane interne est très rouge; cavités gauches vides et blanches, valvules aortiques ossifiées à leur base, ossifications dans l'aorte et les autres artères, veines variqueuses autour de l'estomac, etc. (2).

CDXIVe Obs. — Marie Casta, âgée de treize ans, espagnole, est atteinte, le 6 septembre 1839, d'un accès de fièvre caractérisé par les trois stades ordinaires; céphalalgie, douleurs épigastriques, nausées. Elle est admise à la clinique interne de l'hôpital Saint-André le lendemain. On observe ce qui suit : apyrexie, peau fraîche, pouls peu fréquent, pas de céphalalgie, langue un peu rouge, envies de vomir, épigastre sensible à la pression, abdomen indolore, constipation, point de toux, peu d'expectoration. 8, pouls un peu fréquent, céphalalgie, épigastre douloureux. (Huit sangsues à l'anus, tisane d'orge, pédiluve.) Le soir, peau chaude, pouls fréquent; il n'y a pas eu de frisson. 9 et 10, apyrexie. 11, vomissement, épigastre douloureux. (Trois sangsues sur l'épigastre, tisane d'orge, limonade, diète.) 12 et 13, les vomissements persistent, mais l'épigastre est indolent; céphalalgie, langue blanche, respiration gênée. (Deux ventouses à la nuque, sinapismes aux pieds, eau froide pour boisson.) 14, les vomissements ont diminué, la céphalalgie continue. (Sinapismes aux pieds, eau froide.) 15, céphalalgie, face rouge, épigastre sensible, constipation. (Deux ventouses à la nuque, vésicatoires aux jambes, lavements, calomel 0,80.) 16, délire pendant la nuit; pouls lent, 58, 60; yeux à demi-ouverts,

(1) Clarke, *Medical Report for Nottingham*. (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1809, t. V, p. 261.)

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 125.

pupilles dilatées, abattement, abdomen indolent. (Une sangsue dans l'une des narines, vésicatoires derrière les oreilles, lavement miellé, applications froides sur la tête.) 17, bouche pleine de salive, face un peu colorée, pouls fréquent, pupilles dilatées, constipation. (Quatre sangsues aux tempes, tisane.) 18, la malade ne peut montrer sa langue; pouls fréquent, peau chaude. 19, la malade a parlé hier soir, son intelligence paraissait être revenue, les mouvements des yeux étaient plus naturels; pouls fréquent, peu développé; point de vomissement. (Calomel, 0,60; miel fin, 30, en six doses, une toutes les heures.) 20, prostration des forces, abattement, yeux fixes, pupilles très dilatées; pouls fréquent, petit. (Un quart de lavement avec sulfate de quinine, 0,75.) 21, pas de changement. Le soir, pouls petit, fréquent; face très colorée, sueurs abondantes. 22, mort à huit heures du matin.

Nécropsie le 23, à dix heures du matin. — Vaisseaux méningiens et cérébraux très injectés. La dure-mère offre à sa surface interne une rougeur marquée, et elle adhère fortement à l'arachnoïde le long du sinus longitudinal supérieur et sur les côtés. On remarque dans cette région, sur l'arachnoïde, un grand nombre de petites granulations de la grosseur d'un grain de millet ou même moins; quelques-unes sont isolées, la plupart sont agglomérées et forment de petits groupes, ou des espèces de grappes dont les grains sont pressés les uns contre les autres, et donnent à cette partie des méninges une épaisseur de 1 à 2 millimètres.

Sous l'arachnoïde se trouve une infiltration distincte, surtout vis à vis les anfractuosités. Les méninges sont rouges et épaissies au dessous du chiasma des nerfs optiques, opaques à la face inférieure du mésocéphale; elles adhèrent aux tubercules pisiformes; elles offrent de l'épaississement sur les scissures de Sylvius, entre les nerfs olfactifs, et elles établissent des adhérences entre les deux lobes antérieurs. On ne distingue pas de granulations dans les régions inférieures de l'encéphale.

Le tissu du cerveau offre un pointillé assez distinct. Les ventricules latéraux sont larges, distendus. Une petite incision au ventricule droit laisse écouler par arcade une sérosité claire, limpide, évaluée à 120 grammes. Cette sérosité remplissait également le ventricule gauche. Les vaisseaux qui rampent à la surface interne des ventricules sont assez injectés; mais la membrane ventriculaire est pâle, et les plexus choroïdes sont décolorés et comme macérés. La glande pinéale recherchée ne se distingue pas au milieu de la toile choroïdienne, très épaissie, rouge et injectée. Le quatrième ventricule est large, mais vide. Le canal interventriculaire est très dilaté.

Le cervelet a son tissu sain; mais à sa surface supérieure, près

du vermis superior, il est recouvert par une exsudation épaisse et jaunâtre. Cette éminence est injectée.

Le poumon gauche est adhérent fortement à la partie postérieure de la cavité thoracique, et offre un engouement sanguin remarquable. Le poumon droit est également adhérent en arrière, mais il est sain. Il n'y a de tubercules ni de granulations nulle part dans ces organes, ni dans les ganglions bronchiques, ni dans les plèvres. Le cœur est sain. L'estomac a sa membrane muqueuse injectée, formant des plis longitudinaux très prononcés. Le duodenum offre une légère rougeur. La vésicule contient une bile d'un vert foncé et abondante. Foie, rate, reins, ganglions mésentériques, péritoine, etc., dans l'état normal.

CDXVe Obs. — De M..., âgé de seize ans, d'une bonne constitution, plutôt maigre que gras, ayant la peau brune et les cheveux noirs, doué d'une sensibilité vive, mais peu expansive, intelligent, réfléchi et studieux, est en pension dans un grand collége de Bordeaux. Presque tous les ans, au printemps, il éprouvait quelque dérangement consistant en maux de tête et état bilieux léger.

La maladie actuelle commence dans les premiers jours de juin. Ce sont des lassitudes spontanées, des douleurs vagues, puis quelques maux de tête, et néanmoins on remarque alors plus d'assiduité au travail, plus d'émulation; on reconnaît une sorte d'excitation cérébrale. — Du 5 au 10 juin, la tête devient très douloureuse, surtout au front. La disposition au travail intellectuel persiste; mais il y a une tendance au repos physique. Pouls normal, léger enduit sur la langue, appétit diminué, soif, quelques nausées, point de douleur à l'abdomen, déjections naturelles. — 11. Peau chaude, tête pesante, affaissement moral, pouls plein, vomissement d'aliments à demi-digérés et de matières bilieuses. (Six sangsues à l'anus.)

14. Céphalalgie plus intense, tendance à l'assoupissement. (5 centigrammes de tartre stibié en lavage.) Vomissements abondants.

15. Assoupissement, pas de délire, face un peu rouge, pommettes et front chauds; yeux demi-fermés, s'ouvrant avec lenteur quand on interpelle le malade; pupilles normales; pouls variable, en général fréquent et plein; enduit très épais, jaunâtre sur la langue; appétit nul, persistance des vomissements que provoque l'ingestion du bouillon ou de la tisane. (Deux sangsues derrière chaque oreille, cataplasmes sinapisés aux pieds.) — 16. Le malade porte souvent les bras au dessus de sa tête; regard languissant, vomissement de matières vertes, épaisses, bilieuses. (Crème de tartre soluble.) Évacuations alvines copieuses.

17. Aggravation manifeste, peau chaude et sèche, agitation des membres, un peu de délire, assoupissement, rougeur et pâleur

successives des joues; pouls presque normal, parfois plus fréquent; lèvres sèches, vomissements bilieux, abdomen indolent, déjections nulles, urines rares, prostration des forces.

18. Le malade a pu se lever pour aller à la chaise, mais il fallait le soutenir. Pas de délire, plutôt inertie morale. Aucune émotion par l'arrivée des parents. Respiration profonde, suspirieuse; pouls 66, avec une légère intermittence toutes les 14e, 21e ou 31e pulsations environ; un peu de fréquence le soir. (Infusion de quinquina et de valériane, bols de camphre et de nitre.) — Nuit du 18 au 19, perte de connaissance, coma profond, prostration des forces considérable, pouls 72.

19. Peau chaude, face rouge, stupeur, immobilité, réponses nulles. Cependant le malade peut tirer sa langue, mais il l'oublie hors de la bouche. Dyspnée, pouls 80, pas de vomissements, évacuations involontaires. (Deux sangsues derrière les oreilles, eau froide sur la tête, vésicatoires aux jambes.) — 20. Sueur pendant la nuit, respiration très embarrassée, yeux renversés, pouls très faible et fréquent. Mort dans le milieu du jour.

Nécropsie. — Maigreur du sujet, peau d'un jaune terne, taches livides aux régions postérieures. Adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde le long du sinus longitudinal supérieur des deux côtés, et développement sur le même trajet d'un grand nombre de granulations disposées par groupes ovalaires et arrondis, blanchâtres, analogues aux glandes de Pacchioni. Feuillet cérébral de l'arachnoïde très épais et opaque, vaisseaux de la pie-mère très injectés; 60 grammes de sérosité dans les ventricules cérébraux, qui n'offrent aucun ramollissement; consistance normale des diverses parties de l'encéphale. Une certaine quantité de sérosité se trouve à l'entrée du canal rachidien. Poumons congestionnés, le droit très adhérent aux parois thoraciques; aucune production tuberculeuse. Cœur volumineux; estomac et intestins parfaitement sains, ainsi que les autres organes abdominaux; peu de bile dans la vésicule sous-hépatique.

Les caractères de la méningite granuleuse aciniforme se présentent ici d'une manière très tranchée. C'est un des types sur lesquels il m'a paru indispensable d'établir cette variété. L'absence de tubercules et même de granulations dans les divers organes prouve que la maladie était toute locale, et que le développement rapide des corpuscules de Pacchioni s'est opéré sous l'influence exclusive de l'état phlegmasique des méninges.

CDXVI° Obs. — Jean Médan, âgé de trente-cinq ans, né à Génos (Haute-Garonne), domicilié depuis quatre ans à Lacanau (Bas-Médoc), terrassier, bien constitué, est sujet à des fièvres intermittentes qui ont exigé l'emploi du sulfate de quinine, et à des bronchites fréquentes. Le 1er février, après avoir bu de l'eau froide, le corps étant en sueur, il est survenu une toux quinteuse et une douleur vive au côté droit de la poitrine; fièvre, expectoration sanguinolente, et autres symptômes qui ont motivé l'admission du sujet à l'hôpital Saint-André le 12 février. Chaleur modérée; pouls 84, régulier, un peu plein; face colorée; toux très fréquente, avec expectoration abondante de crachats épais, visqueux, demi-transparents (sucre d'orge), et de quelques-uns de couleur brune (jus de pruneaux), laissant sur le linge qui les reçoit une tache très foncée sur les bords; 40 à 44 inspirations par minute, dyspnée; douleur persistante dans le côté droit de la poitrine, jusque sous l'aisselle; percussion sonore dans tout le côté gauche, matité dans la moitié supérieure du côté droit de la poitrine; le son commence à être assez clair au dessous du septième espace intercostal. Gros râle sibilant et crépitant au côté droit, avec souffle tubaire et égophonie du côté de l'aisselle; respiration bronchique et sifflante à gauche, avec quelques bulles de râle muqueux; langue rouge et lisse à la pointe, avec enduit sec, jaunâtre, sur les bords et brunâtre au centre; bouche sèche, ventre indolent, selles naturelles, affaissement général assez manifeste. (Potion avec tartre stibié, 0,50.)

13 février. Vomissement copieux, selles; peau moite, pouls ample, dyspnée, 40 inspirations. (Potion avec tartre stibié, 30 centigrammes, et extrait thébaïque, 3 centigrammes; vésicatoires au côté droit du thorax et aux jambes, bouillons.) Soir, pouls 80-84. — 14 février. Quelques crachats presque muqueux, trois selles, langue rouge, ventre indolent, transpiration. Soir, pouls 76, ni vomissements, ni selles; crachats ne contenant que peu de sang, respiration moins gênée. — 15. Pouls 72 à 74; crachats simplement muqueux, jaunâtres, épais; inspirations 24-26; transpiration. (Potion stibiée sans opium.) — Du 16 au 23 février, diminution de plus en plus marquée des symptômes thoraciques; pouls 76, tolérance parfaite de la potion stibiée. — Du 24 au 28, potion avec l'oxyde d'antimoine, 2 grammes. — Du 1er mars au 12, convalescence apparente; mais tristesse, inquiétude, maux de tête, vertiges, apathie morale.

12 mars, vers quatre heures, inappétence, refus d'aliments, douleur vague dans le ventre, agitation, mouvements désordonnés. A onze heures du soir, rigidité générale, yeux fixes et hagards très injectés, pupilles resserrées, perte complète de connaissance, perte de la parole, espèce de mugissement ou grognement très fort et con-

tinu, respiration stertoreuse, spasme des mâchoires. Le malade s'est mordu la lèvre inférieure, laquelle s'est considérablement tuméfiée; traits déformés; mouvements d'extension et de torsion de tout le corps; pouls fréquent, 90, dépressible. (Sinapismes aux pieds, vésicatoires aux jambes.) — 13. Sueur générale, abondante; stertor, yeux fixes, hagards, tournés en haut; pupilles contractées; pouls encore assez large, 92 à 96; évacuations alvines et urinaires abondantes et involontaires. (Trois sangsues derrière chaque oreille.) Soir, râle trachéal très bruyant, décomposition des traits de la face, sueur abondante et générale, écume à la bouche, pouls misérable. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Roideur des membres, maigreur générale. Le long du sinus longitudinal supérieur, près de l'entrée des veines, se trouvent plusieurs plaques formées par un tissu d'aspect granuleux ou mamelonné, pouvant se partager en espèces de lobules et de grains. Ceux-ci sont unis entre eux par un tissu filamenteux; ils sont arrondis, d'apparence miliaire, constitués par une substance blanchâtre tirant un peu sur le jaune, consistante, nulle part ramollie, non analogue à de la matière purulente, ni à la matière tuberculeuse; quelques-unes de ces granulations font saillie à travers des crevasses de la dure-mère. On observe une simple infiltration séreuse sous-arachnoïdienne à la convexité, tandis que la base du cerveau présente une véritable exsudation purulente. Des couches de fausse membrane jaunâtre enveloppent la face inférieure du cervelet, et, à un degré moindre, l'entrecroisement des nerfs optiques et la partie inférieure des lobes cérébraux. La substance cérébrale, injectée, offre un pointillé rouge très prononcé. Ventricules cérébraux contenant 15 grammes d'un liquide séro-purulent, semblable à du petit-lait; un liquide analogue se trouve dans le ventricule du cervelet. Il y a un peu de ramollissement des corps striés et couches optiques, et une difluence très prononcée de la voûte à trois piliers et du septum lucidum. Le plexus choroïde est décoloré, entouré d'une fausse membrane opaque.

Le lobe supérieur du poumon droit offre une hépatisation grisâtre; son tissu est dense, compact; les fragments qu'on en détache se précipitent au fond de l'eau. Dans le reste de son étendue, ce poumon est rouge, engoué, mais il surnage. Il y a quelques adhérences pleurales qui paraissent être de récente formation; il y en a de très intimes au sommet. Poumon gauche sain. Cœur sans altération; seulement un peu d'épaisseur des parois du ventricule gauche. Aucun phénomène d'imbibition.

Muqueuse gastrique un peu rouge, injectée; mais point de phlegmasie réelle. Aucune trace d'ulcération ou de ramollissement dans

la muqueuse intestinale. Foie développé, gorgé de sang. Rate développée, ayant 25 centimètres de longueur sur 12 de largeur, un tissu rouge lie de vin. Reins injectés, mais sains.

CDXVII[e] Obs. — Bernard Bernais, âgé de quarante-neuf ans, natif de Mont-de-Marsan, arrivé depuis peu à Bordeaux, terrassier, fortement constitué, régulièrement conformé, d'un tempérament sanguin, entre à la clinique interne le 28 février 1850. Depuis huit jours, céphalalgie intense, vertiges et sifflements d'oreille, vomissements bilieux verdâtres; ventre douloureux, diarrhée, fièvre. Ces détails sont donnés par le malade lui-même, qui cependant paraissait délirer un peu lorsqu'il est arrivé. Face colorée; pouls assez fréquent, 80, large et mou; céphalalgie frontale intense, avec vertiges; épigastre douloureux à la pression; langue couverte d'un enduit blanchâtre, sans rougeur des bords et de la pointe; léger délire. Le malade répond cependant aux questions qu'on lui adresse, mais ses réponses sont courtes et brusques; il y a un peu d'exaltation dans ses idées. (Saignée du bras, couenne mince, caillot consistant.) 1[er] mars. Délire la nuit dernière. Ce matin, le pouls est calme; le délire continue; toutefois, le malade répond assez juste. (Sinapismes aux pieds, vésicatoires aux jambes, lavement émollient.) Soir, pouls 72-76. — 2 mars. Délire très fort pendant la nuit; chaleur notable de la peau, agitation très grande. On a été obligé de mettre la chemise de force ce matin. La tête est fortement appuyée sur l'oreiller. Sa rotation est douloureuse; le regard est fixe. Le parallélisme des yeux est détruit, les pupilles sont resserrées et ne se dilatent point dans l'obscurité. Évacuations alvines involontaires. diarrhée, soubresauts des tendons. Le malade ne peut tirer la langue; il ne répond pas aux questions. Pouls, 92-96. Ce matin, affaissement notable. (Un quart de lavement, avec sulfate de quinine, 1,0; cautérisation à la nuque; et potion avec extrait mou de quinquina, 2,0; sulfate de quinine, 0,80; musc, 0,20.) Soir, le malade a rendu le lavement immédiatement après l'avoir pris; il a pris les trois quarts de la potion; délire continuel, insensibilité complète; il n'a manifesté aucune douleur lorsqu'on lui a appliqué la poudre de Vienne à la nuque. On pince fortement les membres supérieurs et inférieurs, et il ne paraît éprouver aucune douleur; les bras, soulevés, retombent immédiatement. — 3. Même état. Mort à deux heures après-midi.

Nécropsie. — Un peu de rigidité musculaire, peu d'amaigrissement. Les vaisseaux de la dure-mère sont gorgés de sang; ils sont développés; ils tranchent sensiblement par leur couleur noirâtre. La dure-mère est, de chaque côté, comme soulevée, et présente, surtout à droite, une série de petites saillies agglomérées,

arrondies, rougeâtres, et fort résistantes à la pression. Les méninges ont contracté des adhérences mutuelles vis à vis ces points. La pie-mère et l'arachnoïde y sont épaissies. La cavité de l'arachnoïde contient une sérosité jaunâtre, purulente. La dure-mère enlevée, on voit, de chaque côté du sinus longitudinal, surtout dans la moitié postérieure de son trajet, de petites plaques d'un jaune pâle grisâtre, mamelonnées, formées de grains arrondis ou ovalaires, d'inégale grosseur, plus volumineux en avant qu'en arrière. Dans le reste de l'étendue de la surface convexe du cerveau, on observe, surtout au niveau des anfractuosités, une matière jaunâtre, liquide, qui unit les circonvolutions entre elles : c'est du pus infiltré dans la pie-mère; il s'en trouve encore en assez grande quantité dans les scissures de Sylvius, à la base du cerveau, autour des nerfs olfactifs et optiques, enfin sur le mésocéphale et le bulbe rachidien; mais on ne découvre en ces divers points aucune granulation.

La substance cérébrale a une consistance normale; il y a peu de sérosité dans les ventricules. Les corps striés, les couches optiques, n'offrent aucune altération. On remarque seulement un léger ramollissement de la voûte à trois piliers et du septum lucidum. La glande pinéale est très volumineuse et aplatie. Elle contient une assez grosse concrétion pierreuse. Toutes les autres parties de l'encéphale sont saines.

Les poumons n'offrent aucune altération; il y a dans le péricarde 100 grammes d'une sérosité jaunâtre, claire. Le cœur est volumineux, ses orifices sont libres. Le foie, la rate et les reins n'offrent rien de particulier. L'estomac est distendu par une matière liquide jaunâtre, qui paraît être de la bile. Sa surface interne offre des plicatures. Les follicules que présente cette surface sont très développés. L'intestin n'offre rien à noter.

On reconnaît encore ici une méningite caractérisée par l'injection et l'épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère et par l'infiltration purulente de ces membranes. Les granulations constatées sur les côtés du sinus longitudinal étaient certainement des corpuscules de Pacchioni, tuméfiés par l'état de phlegmasie des tissus voisins.

2° sous-variété. — *Méningite granuleuse simple diffuse.*

Cette seconde forme, encore exempte de coïncidence de granulations dans les organes autres que les méninges, diffère de la première, en ce qu'elle est un produit exclusivement

pathologique. Elle se rencontre sur la convexité des hémisphères ou à la base du cerveau, ou le long des scissures de Sylvius; en un mot, là où n'existent pas dans l'état normal des glandes de Pacchioni.

Les faits sur lesquels cette sous-variété est fondée doivent donc, d'une part, être étrangers à une lésion de ces corpuscules, et, d'autre part, bien établir l'absence de granulations autres que celles des méninges, et de tubercules, soit dans l'encéphale, soit dans les organes thoraciques ou abdominaux.

Cette constatation me paraît avoir été faite dans les observations que je vais rapporter; mais elle peut avoir été omise pour plusieurs autres que j'hésite à insérer, parce qu'elle n'est pas spécialement mentionnée [1].

CDXVIII^e Obs. — Fille, trois ans et demi, coqueluche. Juin, face immobile, yeux tournés en haut, strabisme, assoupissement, perte de connaissance, quelquefois roideur. Changement de coloration, peau naturelle, constipation, vomissement, pouls 112, 132, 96, 128; pupilles dilatées. Yeux hagards, ouverts; cécité, roideur du cou. Mort le onzième jour. — Sinus longitudinal supérieur vide. Méninges à la convexité injectées, à la base infiltrées d'une sérosité limpide. A l'entrée des scissures de Sylvius et entre les circonvolutions voisines, petites granulations blanchâtres, transparentes, dures et grosses comme des têtes d'épingle; substance corticale molle. Dans les ventricules, quatre onces de sérosité. Cœur et poumons *sains*, ainsi que les organes abdominaux [2].

CDXIX^e Obs. — Boulanger, dix-neuf ans. 23 septembre, douleur de l'hypocondre droit, dévoiement, toux, céphalalgie. 27, fièvre quotidienne, céphalalgie pendant l'apyrexie, vomissement bilieux. 13 octobre, somnolence, délire. 14, intellect normal, tendance à l'assoupissement, délire pendant la nuit, pas de fièvre. 16, moral comme engourdi. 17, strabisme, tête portée en arrière, sensibilité, mobilité conservées. 18, pupilles peu sensibles, la droite plus dilatée que la gauche; strabisme interne de l'œil droit. 19, pupilles dilatées,

[1] Powel, *Medical Transactions*, 1815, t. V, p. 229. — Berton, *Maladies des Enfants*, p. 70. — Pajot, *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 429. — Solari (de Lima), *Union médicale*, 1848, t. II, p. 413. — Gubler, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1850, p. 118.

[2] Rufz, *Archives*, 2e série, t. I, p. 193.

roideur du corps, réponses lentes, mais justes. 20, cessation du strabisme, diminution de l'assoupissement, réponses faciles, sensibilité générale moins émoussée, pouls très fréquent. Mort le 21. — Rougeur avec plaques diffuses, comme ecchymotiques, de la pie-mère sur les régions supérieure et postérieure des hémisphères cérébraux; cette altération pénètre dans les anfractuosités. Arachnoïde transparente et non épaissie. Sur toute la face interne des hémisphères, il existe entre l'arachnoïde et la pie-mère des granulations petites et nombreuses, simulant au premier aspect les corps de Pacchioni, mais en différant par leur siége. Opacité, épaississement de l'arachnoïde de la base, avec infiltration séro-gélatineuse logée dans de petites cellules sur les nerfs optiques, les tubercules mamillaires et le mésocéphale. Sérosité rougeâtre et transparente dans les ventricules latéraux, ramollissement blanc des parties centrales du cerveau. Induration très circonscrite dans le lobe antérieur droit. Organes thoraciques *sains*. Muqueuse gastrique molle et marquée de plaques noirâtres, avec vergetures marbrées. Même état dans le colon. Foie, rate, etc. dans l'état naturel [1].

CDXX^e Obs. — Chapelier, vingt-huit ans, bonne constitution. En mars, bains de vapeur, céphalalgie, délire. Le 29, stupidité, réponses vagues, pouls lent. Le soir, agitation, délire. 30, coma, perte de connaissance et du mouvement; inertie des membres, pas de déviation de la bouche, respiration embarrassée, stertoreuse; langue rétractée, dirigeant sa pointe en haut; pupille gauche très dilatée, la droite resserrée; pouls 60. Mort dans la journée. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne assez abondante; pie-mère parsemée de petites ecchymoses et d'un grand nombre de granulations. Substance cérébrale un peu sablée. Plusieurs cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules, dont la cloison, la voûte et la paroi postérieure sont ramollies. Infiltration sanguine dans la pie-mère de la base et sur la protubérance. Rien de particulier dans les autres organes [2].

CDXXI^e Obs. — Homme, trente-cinq ans, haute stature, tempérament nerveux, bonne santé. Janvier, hémicrânie périodique, avec fièvre; convalescence, abattement, tristesse, réponses lentes, sommeil profond ou mêlé de rêvasseries. Prostration, dilatation des pupilles, pouls lent. Vive émotion morale, vomissements, suffocation, délire. Convulsions épileptiformes, roideur tétanique des membres droits, obscurcissement de la vue, céphalalgie permanente, coma.

(1) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 57.
(2) Dance, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 46.

Mort un mois et demi après l'invasion. — Congestion sanguine cérébrale et méningée. Pie-mère et arachnoïde parsemées de tubercules miliaires, comme pédiculés, de forme irrégulière, d'une teinte jaunâtre, et se brisant sous la pression du doigt. La partie de la membrane sur laquelle siégent les tubercules, distribués par groupes de quinze ou vingt, est d'un rouge très vif et manifestement ramollie. Consistance du cerveau normale. Grande quantité de sérosité dans les ventricules. Poumons engoués, mais sans tubercules; point dans le péritoine. Moelle épinière injectée dans la région cervicale (1).

2e VARIÉTÉ. — Méningite granuleuse, avec coïncidence des granulations dans les organes thoraciques ou abdominaux.

Les auteurs qui ont recueilli les faits suivants ont donné aux granulations les noms de *tubercules miliaires, granulations tuberculeuses, granulations miliaires, tubercules granuleux,* etc. Ces expressions sont synonymes.

CDXXIIe OBS. — Fille, seize mois, père phthisique, sœur atteinte de méningite tuberculeuse. En janvier, ganglion cervical qui suppure, toux, affaiblissement. En mars, pouls naturel, chaleur et sueur à la tête, rougeur passagère de la langue, vomissements, fièvre, rétraction des parois abdominales, assoupissement; yeux roulants, puis tournés en haut; respiration inégale, coma, convulsions; hémiplégie à gauche. Mort le 3 avril. — Maigreur, état normal à la convexité du cerveau. A la base, pie-mère injectée, surtout sur le lobe postérieur droit, offrant des granulations grises, demi-transparentes, au milieu d'une infiltration gélatiniforme. Cerveau mou, surtout autour des ventricules, qui contiennent plusieurs onces de sérosité. Tubercules miliaires au sommet des poumons (2).

CDXXIIIe OBS.—Fille, deux ans, aspect chétif. Depuis trois semaines, toux, dévoiement. En mai, cris, pouls 108, puis 120; yeux hagards, vomissement, pâleur et rougeur alternatives de la face, strabisme. Perte de connaissance; roideur des bras, sensibilité conservée, pupilles dilatées. Mort le trentième jour. — Quatre onces de sérosité s'écoulent du cerveau. Arachnoïde pâle à la surface supérieure. A la base, la pie-mère présente une infiltration séro-purulente, avec des points granulés, blanchâtres, ressemblant à des grains de millet.

(1) Champouillon, *Gazette des Hôpitaux*, 1853, p. 123.

(2) Hahn, *Mémoire sur la Méningite tuberculeuse*, 1853, p. 9.

Substance blanche molle. Voûte et corps calleux se déchirant facilement. Ventricules peu dilatés. Granulations dans les poumons et le foie [1].

CDXXIVe — Fille, trois ans, forte constitution. Diarrhée, toux, fièvre. 30 avril, vomissements, cris, convulsions. 1er mai, tête renversée en arrière, roideur de tout le corps, yeux fermés, pupilles dilatées, face pâle, se colorant quand on veut imprimer quelque mouvement, d'où aussi le retour des convulsions. Respiration haute et régulière. A la rigidité succède le relâchement. Paralysie passagère du bras droit, qui reste sensible; pouls fréquent. 3, alternatives de convulsions et de somnolence. Mort. — Granulations ou tubercules miliaires des méninges et des divers organes. Ni tubercules volumineux, ni cavernes, ni foyer apoplectique, ni ramollissement [2].

CDXXVe Obs. — H. R.., âgé de quatre ans et demi, né à Bordeaux, logé au rez-de-chaussée, dans une chambre obscure, étroite et mal aérée, issu de parents bien portants, ayant la tête un peu volumineuse, le front saillant, les cheveux châtains, les yeux bleus, une physionomie agréable et une intelligence précoce, avait eu une croûte de lait peu opiniâtre, et fait une chute suivie d'une éruption pustuleuse passagère. On avait négligé de le vacciner. A quatre ans, il eut une fièvre assez forte, continue, avec des exacerbations, avec lassitude, tristesse, céphalalgie, anorexie; puis survint une éruption miliaire au visage et au tronc, et une amélioration sensible fut aperçue.

Cependant, la fièvre s'était reproduite; on donna du quinquina. Il y eut apparence de guérison. Mais bientôt, l'enfant devint triste, inquiet, apathique. Il se plaignit de la tête et d'un côté du thorax; une petite fièvre, manifestée surtout par l'augmentation de la chaleur cutanée, et sans dérangement dans les fonctions digestives, persista jusqu'aux premiers jours de novembre 1813.

A cette époque, la maladie fit des progrès sensibles. La fièvre augmenta; une céphalalgie non interrompue arrachait des cris perçants, des plaintes continuelles. Sans cesse agité, cet enfant ne dormait presque pas, et très souvent il avait un délire sourd; les yeux supportaient avec peine la lumière; l'ouïe était très délicate. La respiration était gênée, fréquente; il survenait parfois une toux assez vive, mais sans expectoration, et un sentiment douloureux dans la poitrine. La langue était sèche et rugueuse, l'appétit assez

(1) Rufz, *Archives*, 2e série, t. I, 1833, p. 184.

(2) Pivent, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, no 105, p. 63.

bon et la soif vive; les déjections alvines étaient dans l'état naturel, ainsi que les urines.

Une légère hémorrhagie nasale eut lieu (un chirurgien conseilla l'application de quelques sangsues aux tempes et aux jambes). Aggravation des symptômes de l'affection cérébrale. (Vésicatoires aux jambes et aux cuisses.)

La maladie faisait des progrès rapides, l'agitation était extrême, la céphalalgie opiniâtre, la fièvre intense; elle présentait des exacerbations très fortes vers le soir, avec augmentation des autres symptômes, rougeur très vive, mais passagère, des pommettes, se terminant par une sueur abondante du visage et du cou.

Les mains se portaient sans cesse aux organes génitaux. L'enfant fut comme emmailloté. Bientôt survinrent des grincements de dents. Vers le milieu de novembre, à l'agitation, succédèrent la perte de connaissance et l'assoupissement, qui persista jusqu'à la mort. La tête, livrée à elle-même, retombait si elle n'était pas soutenue. Il était impossible d'obtenir un réveil complet ni une parole. L'audition paraissait néanmoins s'exercer; quelques gestes, une sorte d'attention, dénotaient que l'ouïe n'était pas absolument obtuse. La vue était plus altérée : les yeux, à demi-fermés ou inégalement ouverts, étaient insensibles à la lumière; mais l'iris offrait alors des mouvements oscillatoires. Les globes oculaires étaient, en outre, dans de fréquentes agitations; ils semblaient tantôt affectés de strabisme, tantôt contournés de telle manière, que la cornée disparaissait sous l'une ou l'autre paupière. Les narines étaient sèches, comme remplies de poussière; la peau aride et brûlante; les pommettes d'un rouge très vif et très chaudes; les lèvres couvertes de pellicules; la bouche sèche, pleine d'écume; la langue rouge, ne se mouvant qu'avec peine. L'appétit n'était pas entièrement détruit; la soif toujours assez vive. La mastication s'opérait avec facilité, et presque comme dans l'état de santé. La déglutition était aisée et la digestion assez facile. L'abdomen était un peu tendu, météorisé, cependant assez souple. Les évacuations alvines et urinaires avaient lieu involontairement; douze vers ascarides lombricoïdes étaient sortis par l'anus.

La respiration devint de plus en plus gênée, haute, suspirieuse; le pouls très fréquent, habituellement il était de 100 à 120. La fièvre redoublait trois ou quatre fois par jour; alors, le pouls allait à 140. Au déclin du paroxysme, une sueur abondante couvrait le visage, et surtout le front. Des faiblesses survenaient assez souvent; l'état comateux augmentait, la chaleur diminuait; le pouls se ralentissait; et la respiration devenait presque insensible.

Quelques jours avant la mort, les jambes devinrent œdéma-

teuses, les yeux larmoyants, des mouvements convulsifs et des soubresauts dans les tendons eurent lieu. Le calomel fut assez longtemps employé, ainsi que les toniques. Des vers furent encore parfois évacués. Les agitations convulsives, le roidissement spasmodique des membres avaient acquis plus d'intensité; la respiration était devenue stertoreuse; tous les autres symptômes s'étaient aggravés, et la mort survint le 9 décembre.

Nécropsie. — Habitude du corps très pâle et amaigrie, membres inférieurs infiltrés. Les téguments enlevés, on trouve au crâne 50 centimètres de circonférence. Les os ont peu d'épaisseur. Les vaisseaux cérébraux se montrent gorgés de sang; les veines qui pénètrent dans les sinus sont larges et très pleines. Les méninges présentent sur toute la surface supérieure des hémisphères cérébraux de petites granulations isolées d'un blanc grisâtre, assez consistantes, arrondies, du volume de grains de millet, et de légères adhérences entre les deux feuillets de l'arachnoïde. La substance corticale est d'une couleur foncée; la substance médullaire parsemée de points rougeâtres provenant de la division des vaisseaux. A la paroi externe et supérieure du ventricule latéral gauche, on voit des granulations très petites, mais remarquables par leur consistance supérieure à celle du cerveau; elles sont réunies en assez grand nombre, et au dessous, il y a des traces d'une congestion sanguine et un développement circonscrit des ramifications vasculaires. Les ventricules latéraux contiennent environ 80 grammes d'un liquide séreux limpide. Le septum lucidum a ses deux lames écartées par de la sérosité; sa consistance est ordinaire. Les plexus choroïdes sont peu colorés, flasques. La glande pinéale est demi-transparente, de la couleur de la substance corticale; écrasée, elle ne présente aucun gravier. Les troisième et quatrième ventricules renferment une assez grande quantité de liquide. Les méninges de la base présentent des grains d'un gris blanc-jaunâtre, qui paraissent résider surtout dans la pie-mère. Le corps pituitaire a peu de volume et une mollesse remarquable.

Les poumons offrent une multitude de petits grains tuberculeux miliaires, plus abondants vers le sommet, rapprochés, mais séparés par un parenchyme rougeâtre. Il n'y a ni tubercules volumineux ni excavations tuberculeuses. Les glandes bronchiques n'en présentent pas. Le thymus est encore volumineux. Le péricarde contient un peu plus de sérosité qu'à l'ordinaire. Le cœur est sans altération; le trou de Botal parfaitement clos. Foie d'un volume considérable, mais sain. Vésicule biliaire distendue. Rate dans l'état naturel. Parois de l'estomac épaisses, formant à l'intérieur des plis longitudinaux et obliques. Intestins contenant quelques vers lombricoïdes, phlogosés

dans quelques points, météorisés, et sans adhérence avec les organes environnants; ganglions mésentériques, reins, vessie, sains.

CDXXVIe Obs. — Fille, quatre ans et neuf mois. Depuis trois mois, inappétence, répugnance pour aller à l'école. Fièvre, constipation, vomissements, assoupissement, convulsions; roulement continuel de la tête sur l'oreiller, intelligence affaiblie, profonds soupirs, coma. Pupilles dilatées, filaments muqueux sur les yeux. Mouvements convulsifs fréquents. — Surface du cerveau grisâtre. Circonvolutions très pressées, lymphe épaisse sur les nerfs optiques. Là et dans les scissures de Sylvius, une centaine de petits tubercules agglomérés dans l'exsudation lymphatique. Pareils tubercules dans la pie-mère de la surface du cerveau. Dans les ventricules, beaucoup de sérosité claire; septum et voûte en partie détruits. La voûte présente, au microscope, beaucoup de globules de graisse autour des vaisseaux. Dans les poumons, tubercules miliaires très nombreux ([1]).

CDXXVIIe Obs. — Garçon, six ans, bonne constitution. Toux depuis deux mois. Juin, peu d'amaigrissement, convulsions, contracture des muscles du cou. Tête agitée de mouvements à droite et à gauche, bras droit paralysé; strabisme, pupilles dilatées; pouls 116-200. Opisthotonos. Mort le dixième jour. — Granulations dures, élastiques, grisâtres, éparses sur la convexité du cerveau, et dans les scissures de Sylvius. A la base, masse gélatiniforme, avec granulations plus saillantes, plus molles, jaunâtres, formées de globules de pus (Robin). Dans les ventricules, assez grande quantité de sérosité. Ramollissement des parties centrales du cerveau. Rate, poumons contenant beaucoup de granulations miliaires ([2]).

CDXXVIIIe Obs. — Garçon, six ans, tête volumineuse, bonne santé. 12 mars, assoupissement, céphalalgie frontale, fièvre. 16, diminution de la chaleur de la peau et de la fréquence du pouls, vomissements, délire, agitation, cris aigus, douleurs dans la tête, les bras, les jambes. 18, roideurs convulsives, perte de connaissance, rotation des yeux en haut. 19, assoupissement, parfois agitation; pas de réponses, mussitation. Pupilles peu dilatées, paupières gauches plus contractiles que les droites, commissure droite de la bouche presque immobile. Pas de résolution des membres, sensibilité bien conservée. Ventre souple, indolent, volumineux; pouls 60, respiration 24-28, irrégulière, suspirieuse. 20, pouls 112, bâillement, mâchonnement. 21, somnolence moindre, réponses assez justes, mais brèves. Pupilles contractiles, cessation de l'hémiplégie faciale,

([1]) Samuel Wilks, *Guy's hospital Reports*, 3e série, t. VI, 1860, p. 103.
([2]) Savouret, Thèses de Paris, 1853, no 134, 5e obs.

appétit; la nuit, délire. 23, strabisme convergent de l'œil gauche, évacuations involontaires, pouls 64, puis 96. Du 24 au 27 mars, pouls 100-140, yeux sensibles, pupilles dilatées, sensibilité cutanée exaltée, surtout par le froid. Grincements des dents, respiration suspirieuse, 40; somnolence, pupilles un peu contractiles et oscillantes, puis la droite dilatée, et toutes les deux; mucus purulent sur l'œil gauche, mouvements latéraux des globes oculaires, sensibilité et motilité presque abolies à droite, stertor. Mort le 27 dans un état d'asphyxie. — Cavité de l'arachnoïde sèche et poisseuse; quelques points granuleux dans la pie-mère, sur la convexité de l'hémisphère droit. Dans les anfractuosités, granulations grises, demi-transparentes, arrondies, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, et largement disséminées. Pie-mère épaisse et rougeâtre dans les scissures de Sylvius; elle y présente quelques granulations. Substance corticale d'un gris rosé peu foncé. 50 grammes de sérosité dans les ventricules. Septum et voûte ramollis. Granulations grises, demi-transparentes, au sommet des poumons et dans la rate. Ganglions bronchiques exempts de tubercules (1).

CDXXIXe Obs. — Fille, huit ans, constitution délicate; convulsions à quatre ans. Somnolence, agitation, vomissements, diarrhée et constipation. Céphalalgie, face pâle, yeux cernés. Anorexie; pouls 100-94, peau chaude. Intellect net, tristesse; puis léger délire; agitation, insomnie; ensuite, coma, renversement des yeux en haut, cris aigus, pupilles un peu dilatées, sensibilité générale obtuse, sueur froide, visqueuse; soubresauts, crocidisme, respiration accélérée, irrégulière; pouls petit, fréquent; langue sèche, dents fuligineuses, convulsions. Mort le quinzième jour. — Dans la pie-mère, çà et là, granulations de la grosseur d'un grain de sable à celle d'un grain de millet, blanches, surtout vers la base. Pie-mère injectée et infiltrée d'un fluide épais, blanc-jaunâtre, qui est du pus. Ventricules contenant de la sérosité; le cerveau offre quelques points ramollis dans les parties centrales. Granulations tuberculeuses nombreuses au sommet des poumons (2).

CDXXXe Obs. — Fille, huit ans. Février, douleurs de tête, du dos, de l'abdomen, des membres. Intellect normal, langue blanche, pointillée de rouge; soif, anorexie, selles régulières. Toux rare, sèche; peau chaude, pouls fréquent, développé, épistaxis. Station impossible, flexion des membres inférieurs gênée, douloureuse. Face rouge, peau couverte à la face et aux membres de plaques rouges très étendues, avec quelques papules d'urticaire, et avec

(1) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 72.

(2) Leçons de Jadelot. (*Gazette des Hôpitaux*, 1842. p. 454.)

chaleur intense. Urines peu copieuses, très colorées. 17 mars, amélioration. 18, retour des douleurs, intelligence encore nette. 19, délire, cris, céphalalgie, pupilles dilatées; fièvre, langue brune, sèche; constipation, urines involontaires. 20, coma, yeux ouverts, fixes. L'enfant entend, montre sa langue, mais ne parle pas. Pupilles dilatées, immobiles; déglutition difficile, pouls fréquent, faible. Mort le soir. — Pas de congestion cérébrale; granulations miliaires dans la pie-mère, autour du cervelet et dans les anfractuosités supérieures des hémisphères cérébraux, de la grosseur d'une tête d'épingle; les plus grosses résultent de l'agglomération de plusieurs petites, molles et analogues à du tissu glanduleux. Dans les ventricules, sérosité rougeâtre. Ramollissement blanc, diffluent, de la voûte et du septum. Couches optiques et corps striés un peu mous. Sérosité rougeâtre dans le canal rachidien. Méninges et moelle à l'état normal, queue de cheval injectée, tubercules miliaires au sommet de chaque poumon, cœur chargé de graisse. Follicules intestinaux enflammés [1].

CDXXXI^e Obs. — Fille, douze ans, convalescente de bronchite; fièvre intense, vomissements, stupeur léthargique, face rouge, gonflée; yeux chassieux, insensibles à la lumière; pupilles immobiles, dilatées; soubresauts de tendons, grincements de dents, mâchoires serrées, mouvements convulsifs, diminution de la sensibilité; déglutition difficile, roideur des bras, doigts fléchis et contractés. — Pie-mère très injectée, surtout à la face interne et supérieure des hémisphères du cerveau, où elle est épaisse et parsemée de saillies miliaires, blanchâtres, semblables aux glandes de Pacchioni. Sur le corps calleux, rougeâtre, la pie-mère contient une matière blanc-jaunâtre, consistante, caséiforme. Voûte semi-diffluente. Sérosité dans les ventricules. Tubercules miliaires dans les plèvres, les poumons, le foie, la rate et surtout le péritoine [2].

CDXXXII^e Obs. — Garçon, douze ans, blond, développement assez rapide. Variole, rougeole. Jamais de convulsions ni de symptômes de scrofules. Bonnes conditions hygiéniques. 1er mars, frayeur vive, céphalalgie, somnolence, douleurs dans les reins et le cou. 8, vomissements bilieux, céphalalgie plus intense; pas de trouble intellectuel. 9, assoupissement, décubitus latéral, membres fléchis, face un peu colorée; pas de réponses, résistance au changement de position, sensibilité conservée, mais non exaltée; grincements de dents, déglutition difficile, peau naturelle, pouls 90, peu développé, irrégulier. 10 mars, respiration lente, suspirieuse; bâillements, pouls 120, variable. Décubitus latéral. Évacuations involon-

[1] Stoeber, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1841, p. 305.
[2] Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 117.

taires, retour de la connaissance et de la parole. 11, pupille droite dilatée, assoupissement. Paupière supérieure gauche plus mobile que la droite, qui reste abaissée. Léger renversement de la tête en arrière, avec roideur du cou; pouls 140, respiration 36. 12, vue, intelligence persistantes; la main gauche serre plus que la droite. Sensibilité exaltée. Le soir, pouls 160-180, respiration 24-32. 13 mars, intelligence assez nette, déglutition difficile, respiration stertoreuse. Mort. — Légère roideur. Cavité de l'arachnoïde sèche et poisseuse. Veines sus-cérébrales pleines de sang noir. Suffusion sanguine dans la pie-mère à la partie antérieure des hémisphères, avec matière plastique friable. Pie-mère infiltrée d'une matière gélatiniforme verdâtre à la base et dans les scissures de Sylvius, où se trouvent des granulations grises, demi-transparentes, très peu volumineuses. Dans chaque ventricule latéral, 15 grammes de sérosité limpide. Poumons congestionnés; au sommet du gauche, trois ou quatre grains grisâtres, demi-transparents. Ganglions bronchiques peu développés, non dégénérés [1].

CDXXXIII^e Obs. — Siraphon (Cécile), âgée de treize ans, de Libourne, en apprentissage chez une tailleuse de Bordeaux, bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin (cheveux châtains et peau brune), non encore menstruée, s'était exposée à la pluie après avoir beaucoup marché pendant le mois de janvier 1848. Bronchite. Douleurs épigastriques, nausées, vomissements, fièvre, avec sentiment de vive chaleur; pas de sueur. Cette jeune fille entre à l'hôpital Saint André (Clinique interne) le 26 mars 1848. Peau très chaude et sèche, pouls peu développé, 108; face peu colorée, toux fréquente; pas d'expectoration; douleur à l'épigastre, qu'augmentent la pression et la toux; vomissement de substances alimentaires et de matières liquides verdâtres, bilieuses; langue un peu rouge à la pointe et sur les bords, avec enduit blanc et mince au milieu; appétit conservé, selles naturelles, voix voilée, percussion thoracique assez sonore dans tous les points; respiration faible, sans râle; battements du cœur forts, durs, étendus, réguliers, sans bruit particulier. (Six sangsues à l'anus, cataplasmes sur le ventre, sinapismes aux pieds, tisane pectorale, lait, bouillon.) — 27, 28, un peu mieux, voix moins voilée, vomissements peu copieux, pouls 80. — 29, céphalalgie. — 30, chaleur de la peau élevée, pouls assez calme, vomissements bilieux, céphalalgie, douleur épigastrique très vive. (Une ventouse scarifiée sur cette région.) Vers deux heures de l'après-midi, la malade s'étant levée près de son lit est prise subitement de faiblesse et tombe sans connaissance. Pendant dix minutes, bouche

[1] Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 58.

remplie d'écume, roideur générale, yeux fixes, face d'une pâleur cadavéreuse, respiration très gênée, comme suffocante; vomissements d'aliments récemment ingérés. Après cette sorte d'attaque, affaissement, hébétude, tristesse, lenteur des réponses; pas de souvenir de ce qui vient de se passer; pouls 52; ni dilatation ni resserrement des pupilles. — 31, état assez calme, pouls 56, régulier; pas de douleur à l'épigastre, pas de vomissements. — 1er avril, cris fréquents pendant la nuit, céphalalgie intense, pouls lent et un peu faible, constipation. (Vésicatoires aux jambes, lavements miellés.) — 2, cris incessants pendant la nuit, affaissement, pouls calme; pas de céphalalgie. (Calomel, 1 gramme, en six doses.) Le soir, une selle peu abondante, pouls toujours calme. — 3, langue rouge sur les bords, affaissement, moins de cris. Le soir, face très colorée, pouls 52; pas de vomissements; affaissement très grand, douleur très intense au côté droit du front, stupeur; la malade ne montre pas sa langue. — 4, pouls 52, peu développé; délire toute la nuit, agitation (on a été obligé demettre la camisolle); cris fréquents de trois à cinq heures du matin, mouvement continuel des membres supérieurs. Depuis ce matin, assoupissement, yeux constamment fermés. A la visite, ils sont entr'ouverts, les pupilles ne sont ni dilatées ni resserrées. De temps à autre, cris plaintifs; pas de selles. (Vésicatoires aux cuisses, sinapismes aux pieds; calomel, 1,0; onctions sur la tête rasée avec l'onguent napolitain.) — *Soir,* pommettes très colorées; la malade éprouve une impression désagréable quand on veut soulever les paupières pour voir l'état des pupilles; affaissement, conservation de la sensibilité générale, constipation. — 5, même état, refus de boire, déglutition possible, mouvement de la tête douloureux, pouls 70. (Vésicatoires sur le trajet de la suture sagitale, lavement avec deux gouttes d'huile de croton tiglium; calomel, 1,0; bouillon.) — *Soir,* abattement, yeux ternes, pupilles plutôt resserrées que dilatées, pouls 56-60, très faible, petit, irrégulier; langue humide, déglutition assez facile; pas de selles. — 6, évacuation des urines soumise à la volonté, affaissement, pouls très faible, 107; assoupissement; point de délire ni de vomissements, ventre douloureux à la pression, strabisme; la malade se frotte souvent le nez. (Suppositoire aloétique; petit lait, deux verres; lait, bouillon.) — *Soir,* paupières supérieures abaissées, yeux entr'ouverts, cornées dirigées en haut, petits cris plaintifs, languissants; chaleur et sécheresse de la peau, pouls faible, mou, 116-120; point de selles. — 7, même état; la partie de la sclérotique qui est demeurée en contact avec l'air est rouge, injectée; pommettes un peu colorées, assoupissement. La malade ouvre la bouche quand on lui demande de montrer la langue, mais cet organe reste immobile. (Lavement

avec deux gouttes d'huile de croton tiglium.) — *Soir*, Accélération et dépression extrême du pouls, 120-140; yeux ouverts et fixes, pupilles ni dilatées ni resserrées, peau fraîche et sèche; point de soubresauts de tendons ni de délire; pas de selles, quoiqu'on ait donné un second lavement avec trois gouttes de croton tiglium.) — 8, peau humide, yeux fixes, immobiles, rouges, renversés en haut; pupilles un peu dilatées, pouls imperceptible, teinte violacée de la face, respiration très embarrassée. Agonie et mort.

Nécropsie. — Amaigrissement général, faible rigidité cadavérique, vaisseaux de l'encéphale gorgés d'un sang noirâtre, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, pie-mère injectée. Le long du sinus longitudinal, quelques plaques de granulations d'un blanc-jaunâtre. Granulations plus nombreuses et plus développées dans les scissures de Sylvius. A la base du cerveau, infiltration sous arachnoïdienne d'un fluide fort trouble, mais non purulent; piqueté rouge de la substance cérébrale; 20 grammes de sérosité limpide dans les ventricules latéraux, léger ramollissement de la voûte à trois piliers; pas d'altération des autres parties de l'axe cérébro-spinal. Poumons remplis d'une multitude de granulations petites et d'un blanc-grisâtre, aucune n'est ramollie. Cœur sain. Teinte grisâtre de la muqueuse gastrique. État normal des intestins, du foie, de la rate et des reins.

CDXXXIV[e] Obs. — Fille, seize ans, faible, petite, non réglée, néanmoins toujours bien portante. Variole confluente il y a deux mois. Février, malaise, céphalalgie, torpeur intellectuelle, douleur le long du rachis, fièvre, constipation, pouls 76; marche encore facile. Deuxième jour, cris, agitation, céphalalgie, douleurs rachidiennes, vomissements bilieux. Pupilles dilatées, insensibles; strabisme, léger délire; réponses lentes, puis nulles. Le soir, pouls 100-120. Sensibilité obtuse de la peau. Yeux fermés, somnolence; pupilles très dilatées, cécité. Paralysie gauche, légère contracture à droite. Mort le vingtième jour. — Au sommet du poumon droit, granulations grises, demi-transparentes, nombreuses. Cerveau peu injecté, contenant peu de sérosité; moelle saine; un peu d'infiltration à la queue de cheval. Le long des scissures de Sylvius et des vaisseaux voisins, granulations en forme de chapelet, du volume d'un grain de millet. Pas de traces d'inflammation ([2]).

CDXXXV[e] Obs. — Fille, dix-huit ans, de la campagne, à Paris depuis deux ans. Dysménorrhée, essouflement, céphalalgie. 15 fé-

([1]) Grisolle, *Gazette des Hôpitaux*, 1848, p. 85 et 103.

([2]) Boudet (service de Gouraud, suppléant de Fouquier), *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1844, t. XI, p 177.

vrier, délire sans fièvre, urines involontaires, strabisme gauche, dilatation des pupilles. Sensibilité diminuée à droite, roideur des membres gauches. Alternatives de chaleur et de frissons. Cinquième jour, fièvre continue, diplopie, hémiplégie faciale gauche, déglutition difficile. Mort le dixième jour. — Sur les deux hémisphères, plus en avant qu'en arrière, beaucoup de granulations blanchâtres, petites, disséminées à gauche, agglomérées à droite, abondantes le long des vaisseaux, qui sont très injectés et entourés d'un fluide séreux sanguinolent ou d'une couche fibrineuse, opaque et dense. A la base, méninges épaissies, opaques, blanc-grisâtres, avec granulations fines, ainsi qu'à la scissure de Sylvius. Dans les ventricules, 60 grammes de sérosité. Granulations autour du mésocéphale et du cervelet. Poumons parsemés de granulations opaques, opalines, agglomérées au sommet. Ulcérations dans l'intestin grêle ([1]).

CDXXXVI^e Obs. — Bonnetier, vingt-un ans, maigre, teint coloré, conditions hygiéniques défavorables. Octobre, maigreur, toux, excès de vin, d'aliments. Céphalalgie, vomissements, délire, agitation, perte de connaissance, roideur des membres, face colorée, pupilles dilatées, surtout la gauche; paupières abaissées, strabisme, somnolence, sensibilité obtuse, mâchoires serrées; 24 inspirations, puis 64; soupirs; pouls 64, 92, 120. Vue trouble, ouïe conservée, face sans expression, parole libre, délire. Mouvements faciles; pas de contracture, déglutition difficile, sensibilité éteinte. Sudamina sur le cou et le tronc. Mort le seizième jour. — Glandes de Pacchioni nombreuses, blanches, opaques, allongées, saillantes; légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, méninges injectées. A la base, méninges opaques, fermes, de deux lignes d'épaisseur. Dans les scissures de Sylvius, surtout la droite, les artères cérébrales moyennes sont entourées par une matière grisâtre, infiltrée dans les membranes, dure, demi-transparente, et remplie de granulations petites, grises, arrondies, fermes, de la grosseur de la semoule ou de grains de millet. Le tissu cérébral voisin n'est ni injecté ni ramolli. Les ventricules contiennent de la sérosité. Point de ramollissement central. A la surface des plèvres, granulations miliaires, grises, demi-transparentes; poumons contenant beaucoup de granulations grises disséminées et de granules jaunâtres. Dans le péritoine et les épiploons, granulations grisâtres. Ulcérations intestinales ([2]).

CDXXXVII^e Obs. — Femme, vingt-huit ans, forte constitution; malaise, fièvre, tête lourde, insomnie, bourdonnements et siffle-

([1]) Boudet (service de Gouraud, suppléant de Fouquier), *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1844, t. XI, p. 177.

([2]) Ledilberder, obs. recueillie à la Pitié. (Valleix, *Archives*, 1838, 3e série, t. I, p. 15.)

ments d'oreilles, inappétence, faiblesse des jambes, vertiges, intelligence nette, langue blanche et humide, ventre un peu sensible à la palpation, gargouillement, constipation. Au bout de quinze jours, céphalalgie, face grippée, sourcils froncés, pupilles larges, légère surdité, fuliginosités sur les dents, vomissements, rate volumineuse, douleur dans le côté gauche de la poitrine, un peu d'oppression; très peu de toux sans expectoration. Râles sous-crépitants, pouls 90-96. Vingt-quatrième jour, stupeur, abattement, réponses lentes, mais précises; plaintes, contractions grimaçantes de la face, hyperesthésie cutanée, tache méningitique prompte à se former, douleur dans le cou, vomissements persistants, langue blanche, collante; ventre aplati, rétention d'urine, peau chaude, sèche; pouls 104, petit et mou. Mort rapide. — Arachnoïde poisseuse, opaline; pie-mère congestionnée, infiltrée de sérosité, contenant des granulations très petites et peu consistantes. A la base de l'encéphale et le long des vaisseaux, dans les scissures de Sylvius, adhérences de la pie-mère aux circonvolutions cérébrales. 50 grammes de sérosité dans les ventricules. Ramollissement des parties centrales du cerveau. Granulations grises, demi-transparentes, sous les plèvres et dans le parenchyme pulmonaire; ganglions bronchiques et mésentériques gros. Il n'y a de tubercules dans aucun organe ([1]).

CDXXXVIII[e] Obs. — Homme, trente-trois ans, robuste, excès vénériens et alcooliques. Tremblement nerveux. Épilepsie; hémiplégie gauche. Assoupissement profond, vomissements, stertor, tête un peu en arrière. Grognements, pupilles dilatées, mouvements convulsifs à droite, carphologie. Mort huit jours après l'attaque. — Méningite générale purulente, avec fausses membranes et adhérences des circonvolutions. Granulations tuberculeuses dans les scissures de Sylvius et à la convexité. Surface interne des ventricules dépolie et granulée. Ventricules contenant de la sérosité louche; en dehors de la couche optique droite, caillot sanguin du volume d'une noisette. Tubercules miliaires au sommet des deux poumons; deux ou trois dans les reins ([2]).

CDXXXIX[e] Obs. — Femme, trente-trois ans, ancienne fluxion de poitrine, mauvaise nourriture. Mai, affaiblissement, inappétence, épigastralgie, hématémèse, puis vomissements bilieux; pommettes colorées, maigreur, chairs molles; intelligence nette, sommeil court, rêves; soif vive, langue sèche, haleine d'une odeur aigre, nauséabonde. 25 juin, persistance des vomissements, constipation; ventre aplati, douloureux; peu de fièvre; pouls 84. Tout à coup,

([1]) Empis, *De la Granulie*, 1865, p. 110.
([2]) Obs. recueillie dans le service de M. Vigla par M. Vidal, *Gaz. méd.*, 1855, p. 823.

cris perçants, physionomie exprimant une grande douleur, trouble intellectuel; pas de réponses; tache méningitique vivement produite sur le ventre et les cuisses; pouls toujours à 84. Le lendemain, possibilité de comprendre et de répondre, mais stupeur, tête lourde, pupilles très dilatées. Cessation des vomissements, selles et urines rendues involontairement, sensibilité cutanée exagérée, surtout à l'abdomen. Stupeur, somnolence, intelligence confuse, pouls fréquent, irrégulier. Mort. — Méninges enflammées, pie-mère infiltrée, granulations nombreuses à la base du cerveau et le long des scissures de Sylvius. Ramollissement des parties centrales, peu de sérosité dans les ventricules. Granulations sous les plèvres et dans le tissu pulmonaire, peu sur le péritoine et dans la rate (1).

CDXLe Obs. — Homme, trente-cinq ans; céphalalgie, stupeur, insomnie; pas de délire. Il se promène et lâche ses urines dans la salle. Il ne veut pas répondre ni montrer sa langue; cependant, il comprend. Pas de chaleur ni de surexcitation vers la tête, pupilles dilatées. Pouls 56, petit, puis 42. Ce malade relève ses couvertures en les prenant avec les dents. Quatrième jour, pouls 45. Huitième, 118, grand murmure dans la région du cœur. Bruit de frottement de la plèvre droite. Urine contenant un excès de phosphates alcalins. Mort le neuvième jour. — Cerveau injecté, ventricules distendus par un fluide séreux, ramollissement central. A la base du cerveau, membranes très vasculaires, remplies de très petits tubercules, surtout vers la décussation des nerfs optiques. Péricarde et plèvres couverts de granulations. Tubercules miliaires au sommet du poumon gauche (2).

CDXLIe Obs. — Femme, trente-cinq ans, lymphatique, valétudinaire. 24 mars, apparition des règles pendant quelques heures, céphalalgie intense, assoupissement, vue trouble, pupilles dilatées, vomissement, constipation; pouls 35, 40, 50, 62, 79, faible; étourdissement, accablement, strabisme divergent, vertiges; bouche déviée à droite, semi-résolution des membres, conjonctives rouges, paupière droite abaissée, coma; face bleuâtre, yeux saillants. Mort le 21 avril. — Injection de la pie-mère. Plaques opaques et granulations sur le bord supérieur des hémisphères, glandes de Pacchioni tuméfiées. La pie-mère, décolée, présente une multitude de petites granulations arrondies, du volume d'une tête d'épingle, de couleur grise, dures, demi-transparentes, faisant corps avec cette membrane et lui adhérant. A la convexité du cerveau, elles sont discrètes ou confluentes. Épanchement considérable dans les deux ventricules,

(1) Empis, *De la Granulie*, p. 150.

(2) Lees, *Reports of the Dublin Patholog. Society*. (*Dublin quarterly*, 1854, may, p. 448.

surtout le gauche. Tuméfaction et rougeur des plexus choroïdes, substance cérébrale un peu molle. Dans la moitié droite du mésocéphale et sur le ver supérieur, suffusion sanguine, avec ramollissement; la pie-mère correspondante est infiltrée de sang et parsemée de granulations. Grand nombre de granulations dans les poumons et dans le péritoine. Muqueuse de l'estomac rouge ([1]).

3e VARIÉTÉ. — **Méningite granuleuse, avec coïncidence de tubercules dans les organes thoraciques ou abdominaux.**

Dans cette troisième variété, il ne s'agit pas seulement de granulations dans les méninges ou ailleurs; il préexiste des tubercules plus ou moins volumineux dans les organes thoraciques ou abdominaux. Cette variété est la plus fréquente. Les observations qu'on va lire, et qui pourraient être plus nombreuses, montrent combien sont précoces chez certains sujets les manifestations de la diathèse tuberculeuse, surtout quand elle est héréditaire.

CDXLIIe OBS. — Enfant, à peine âgé de quatre mois. Parents phthisiques. A sa naissance, l'enfant paraît bien constitué. Il commence bientôt à tousser. Il est vacciné à dix semaines. Inflammation de la cornée, puis strabisme, coma, convulsions. — Granulations dans les méninges, sérosité dans les ventricules. Granulations de divers aspects, miliaires, grises ou jaunâtres, et masses de matière tuberculeuse dans les poumons et dans les ganglions bronchiques ([2]).

CDXLIIIe OBS. — Enfant mâle, cinq mois, chute sur la tête, éruption pustuleuse sur le corps. Attaque subite et passagère, tête portée en arrière, yeux renversés. De temps à autre, le cou reste fléchi de côté; peu d'appétit, pas de vomissements; pouls très fréquent, strabisme; mouvements du bras droit et de la main vers la tête et l'œil droit, cris, convulsions. Mort. — Épanchement ventriculaire abondant; liquide rendu trouble par des globules purulents et comme par un détritus de substance cérébrale. Nombreuses granulations à la base du cerveau. Lymphe plastique sur les nerfs optiques. Matière tuberculeuse dans les glandes bronchiques. Granulations dans les poumons, le foie, la rate, les reins, etc. ([3]).

([1]) Dance, *Archives*, t. XXII, 1830, p. 42.
([2]) Rogers, *Lancet*, nov. 24, 1849. (*American Journal*, 1850, t. I, p. 212.)
([3]) Bowditch, *American Journal of med. Sc.*, 1854, t. II, july, p. 91.

CDXLIVe Obs. — Fille, dix mois, pneumonie, variole, muguet. Janvier, tristesse, inappétence, vomissements pendant quatre jours, peau froide. Yeux ouverts, renversés par accès, puis entr'ouverts; assoupissement. Pas de cris aigus, mais petits cris dans les moments de spasme. Pouls petit, rotation de la tête, pupilles non dilatées. Yeux fixes. Attaque d'éclampsie, perte de connaissance, roideur. Mort le dixième jour. — Épaississement considérable de la pie-mère, surtout vers la base et dans les scissures de Sylvius. Infiltration dite *tuberculeuse* de cette membrane, composée de granulations d'un blanc-jaunâtre, de la grosseur de grains de millet, formées d'un tissu jaune-friable, homogène, qui ne *ressemble pas au tissu tuberculeux,* dit Trousseau. Ganglions bronchiques tuberculeux en suppuration, et dans un poumon, gros tubercule cru (1).

CDXLVe Obs. — Fille, quinze mois, lymphatique, chétive, parents pauvres, logement malsain, frère mort de fièvre cérébrale. Vomissement, assoupissement, petits cris, convulsions dans les membres et dans les yeux, constipation. 4 juin (huitième jour), pâleur, mais pommettes colorées; décubitus dorsal. Peau un peu chaude, pouls 100, petite toux fréquente, expiration soufflante et prolongée, tache méningitique. Calme les jours suivants. Mort le 18. — Matière albumineuse et purulente à la base du cerveau et dans les scissures de Sylvius; granulations tuberculeuses, surtout sur le trajet des vaisseaux. Sérosité dans les ventricules; infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Tubercules pulmonaires, bronchiques, hépatiques et spléniques (2).

CDXLVIe Obs. — Fille, deux ans, antécédents inconnus. Avril, fièvre, vomissement, convulsions; ventre déprimé, strabisme, coma, respiration difficile, déglutition impossible. Mort le cinquième jour. — Quelques granulations sur les hémisphères, ramollissement central. Ganglions bronchiques tuberculeux (3).

CDXLVIIe Obs. — Enfant mâle, deux ans, scarlatine, coxalgie. Vomissements, assoupissement, engourdissement, perte de connaissance, pupilles dilatées, coma. Mort le quinzième jour. — Exsudation à la surface du cerveau, avec granulations tuberculeuses dans la pie-mère. A la base, abondante effusion de lymphe jaunâtre. Ventricules très dilatés par quatre onces de sérosité; leur surface interne granuleuse. Parties centrales diffluentes. Au microscope, granules de graisse autour des vaisseaux. Tubercules dans les poumons, les

(1) Trousseau, *Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 271 et 295.
(2) Béchet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, nº 302, p. 34.
(3) Savouret, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, nº 134, obs. VII, p. 35.

glandes bronchiques, le péritoine. Articulation coxo-fémorale enflammée, avec érosion des cartilages ([1]).

CDXLVIII[e] Obs. — Enfant mâle, trois ans, lymphatique, bonne santé. Août, fièvre, céphalalgie, vomissements. Langue avec enduit jaunâtre, rougeur de la face, quelquefois sueurs; pouls naturel, puis 108; plaintes, regard fixe, somnolence, dévoiement, affaissement, pupilles dilatées, roideur dans le bras droit, tête en arrière. Déglutition difficile, strabisme, bouche déviée à droite. Contracture des membres, sensibilité conservée, stertor. Mort après un mois de maladie. — Arachnoïde injectée à la base du cerveau. Granulations tuberculeuses nombreuses entre les circonvolutions, dans les scissures de Sylvius, formant gaîne autour des vaisseaux. Voûte, septum et partie postérieure du ventricule droit ramollis. Sérosité trouble dans les ventricules, surtout dans le droit. Glandes bronchiques tuberculeuses. Granulations dans les poumons et à la surface des plèvres. Ganglions mésentériques tuberculeux et dépôts de même nature sur le péritoine ([2]).

CDXLIX[e] Obs. — Fille, trois ans; depuis quatre mois, symptômes de phthisie pulmonaire. Pas de phénomènes cérébraux. Tout à coup, convulsions violentes, et mort au bout de sept heures. — Granulations dans le plexus choroïde droit. Sur l'hémisphère gauche, induration avec épaississement et granulations de la pie-mère. Circonvolutions subjacentes ramollies, rouges et infiltrées de sang. Tubercules dans les poumons, les ganglions bronchiques, la rate, les reins, le mésentère ([3]).

CDL[e] Obs. — Fille, trois ans, triste, ayant rendu souvent des vers; d'ailleurs bonne santé. 10 septembre, fièvre, frissons, toux, constipation. Abattement, diarrhée. 13 octobre, vomissements, convulsions du côté droit, même de l'œil; côté gauche immobile; pupilles dilatées, immobiles et insensibles; mâchoires serrées, grincements des dents. Rigidité des membres droits, insensibilité générale. Pouls 64, petit, régulier, puis très fréquent. 15, retour incomplet de la sensibilité et du mouvement. Mort le 17. — Granulations avec épaississement et induration de la pie-mère, disséminées sur les hémisphères, surtout le gauche. A la base et dans les scissures de Sylvius, apoplexie capillaire sous-jacente de la substance cérébrale; sérosité dans les ventricules. Ganglions mésentériques tuberculeux. Granulations dans le tissu sous-péritonéal, la rate, les poumons, la plèvre, la face

([1]) Wilks, *Guy's hospital Reports*, 1860, t. VI, p. 106.
([2]) Papavoine, *Journal hebdomadaire*, 1830, t. VI, p. 113.
([3]) Becquerel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 389, p. 24.

supérieure du foie. Noyaux pneumoniques; ulcérations intestinales, lombrics dans le cœcum ([1]).

CDLI^e Obs. — Fille, trois ans, gourmes et glandes. Rougeole, diarrhée, toux. 30 octobre, vomissement, pouls 120, râle muqueux à la base des poumons, craquements au sommet du droit. Foie et rate volumineux. Novembre, céphalalgie frontale, intelligence nette, mouvements convulsifs, soupirs, vomissements, constipation, toux grasse, sans expectoration. A l'ophthalmoscope, l'œil gauche présente une congestion très vive de la papille, avec infiltration des bords et dilatation des veines de la rétine. A droite, congestion de la papille sans dilatation des vaisseaux voisins. 7 novembre, somnolence, cris, pouls irrégulier, ventre flasque. Craquements humides et matité aux fosses sus et sous-épineuses. Mort le 15. — Sinus et veines pleins de sang fluide, méninges de la base épaissies, infiltrées, surtout dans la scissure de Sylvius gauche. La droite contient beaucoup de granulations grises, demi-transparentes. Sérosité dans les ventricules latéraux. Ganglions bronchiques tuberculeux, ainsi que le sommet du poumon droit. Granulations sur la rate ([2]).

CDLII^e Obs. — Enfant mâle, quatre ans, blond, tête volumineuse, convalescent de variole. Août, fièvre, douleur abdominale, vomissement, diarrhée, agitation, délire, perte de connaissance, convulsions; pouls faible, petit, très fréquent; chaleur normale, yeux ouverts, portés à droite, roulant lentement dans les orbites; pupilles dilatées, insensibles; strabisme; convulsions du côté droit de la face et des membres droits, à peine des gauches, affectés de tremblements. Mâchoires serrées, face parfois colorée, assoupissement, pupille droite plus dilatée; elle oscille. Cornée couverte d'un mucus épais qui en diminue la transparence. Membres gauches convulsés, droits relâchés; sensibilité des bras éteinte; celle des jambes persistante. Respiration accélérée, stertor; pouls 124; convulsions. Mort le neuvième jour. — Vaisseaux céphaliques injectés. Pie-mère infiltrée de sérosité jaune-verdâtre ou sanguinolente sur le lobe postérieur gauche; granulations tuberculeuses, en petit nombre sur la dure-mère, en grand nombre dans les deux autres membranes. Sur la dure-mère, elles sont aplaties, lenticulaires ou arrondies et pédiculées; elles sont abondantes aux scissures, aux anfractuosités, à la base et dans l'intérieur des ventricules; elles sont de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois. Les petites sont blanches, demi-transparentes; de plus grosses ont un point central blanc-jaunâtre;

([1]) Taupin, dans Becquerel, Thèses de la Faculté de Méd. de Paris, 1840, n° 389, p. 26.

([2]) Bouchut, *Diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie*, 1866, p. 119.

les plus grosses sont d'apparence réellement tuberculeuse. Arachnoïde opaque, surtout à la base. Substance grise très injectée, molle. Ventricules contenant une cuillerée de sérosité louche. Septum ramolli. Plexus choroïdes injectés; dans les méninges rachidiennes, quelques granulations. Dans les poumons, granulations tuberculeuses; dans les ganglions bronchiques, tubercules volumineux. Muqueuse gastrique ramollie (1).

CDLIII^e Obs. — Enfant mâle, quatre ans, scrofuleux, ophthalmie catarrhale. Novembre, tristesse, faiblesse, vomissements, assoupissement, plaintes, cris. Intelligence, sensibilité conservées; pouls 100, strabisme. Face alternativement rouge et pâle. Contracture des membres, pupilles peu dilatées, mobiles (pas de céphalalgie); convulsions du côté droit. Mort le neuvième jour. — Ecchymose entre la dure-mère et le crâne, à la fosse temporale gauche. Glandes de Pacchioni développées et adhérentes à la dure-mère; la substance corticale s'enlève avec les méninges. Dans les ventricules, six onces de sérosité. A la base, arachnoïde opaline; le long des scissures de Sylvius, sous l'arachnoïde, quelques points jaunes grisâtres, ayant l'aspect de tubercules. Dans le poumon droit, un tubercule volumineux (2).

CDLIV^e Obs. — Fille, quatre ans, brune, constitution délicate. 7 décembre, fièvre, inappétence, soif, puis amaigrissement; ni vomissement ni trouble intestinal. 22 décembre, inquiétude; la tête non soutenue se renverse en arrière; face rouge, pupilles naturelles, regard fixe; pas de vomissements; selles régulières, peau chaude et sèche; pouls irrégulier, tombé de 120 à 88. Somnolence, cris d'impatience, ventre rétracté, légère blépharite, face rouge, toux. 25, râle muqueux, son clair à la percussion. 28, coma, pupilles dilatées, globes oculaires portés en haut et en dedans. Peau chaude et sèche, pouls 112, régulier, faible. Mort le 29. — La cavité de l'arachnoïde n'est ni sèche ni poisseuse. Sur la convexité et à la face interne des hémisphères, pie-mère parsemée d'un grand nombre de granulations arrondies, un peu aplaties, opaques, d'un blanc-jaunâtre, solides et friables; très nombreuses et agglomérées le long des vaisseaux; on les prendrait pour des traînées purulentes. Il y en a quelques-unes dans le fond des anfractuosités; il en existe à peine dans les scissures de Sylvius, dont les méninges sont à peu près saines. Cerveau sain, ainsi que les autres organes encéphaliques. Poumons criblés de granulations, les unes petites, demi-transparentes; les autres plus volumineuses, blanchâtres, friables; gan-

(1) Papavoine, *Journal hebdomadaire*, 1830, t. VI, p. 113.

(2) Rufz, *Archives*, 2e série, t. I, p. 206.

glions bronchiques, mésentériques, et foie, tuberculeux. Rate, reins pleins de granulations; ulcération tuberculeuse dans le gros intestin ([1]).

CDLV° Obs. — Fille, quatre ans, brune, très intelligente, bien constituée. 14 février, vomissement bilieux, céphalalgie sincipitale. 17, vomissement provoqué par l'ipécacuanha, constipation, toux, fièvre. 23, assoupissement. 24, décubitus dorsal, yeux demi-fermés, état variable des pupilles, qui n'oscillent pas. La vue semble abolie. Strabisme convergent. Sensibilité tantôt vive, tantôt émoussée. Paralysie incomplète du côté droit de la face, langue inclinée à droite. Pouls 100, faible; respiration régulière, 20; mouvements spasmodiques de flexion du bras droit et du poignet, pupilles dilatées, surtout la droite; elles oscillent à la lumière. Pouls 112. 25, face rouge et pâle alternativement, aggravation. 26, coma, agitation, rotation de l'œil gauche. Résolution du bras gauche, la tête ne se soutient pas. Déglutition très difficile, évacuations involontaires. 27, pouls 160, sueur chaude. Mort. — Sur la partie moyenne et latérale de l'hémisphère gauche, une quinzaine de granulations disposées par groupes, d'un blanc un peu jaunâtre, irrégulièrement arrondies, d'un demi-millimètre à un millimètre de diamètre. Elles sont placées dans la pie-mère, un peu plus saillantes et plus arrondies du côté du cerveau que du côté de l'arachnoïde; les vaisseaux voisins sont engorgés. Granulations dans la pie-mère des anfractuosités. Dans un espace d'un centimètre et demi carré, vis à vis la fosse temporale gauche, une quarantaine de granulations du volume d'un grain de millet ou de chènevis, arrondies, grisâtres et demi-transparentes à leur périphérie; tandis que le centre est blanc-jaunâtre et opaque. Près de là, une petite masse jaunâtre, molle et friable, mamelonnée, du volume d'un gros pois, paraît résulter de l'agglomération de plusieurs granulations. Elles adhèrent à la substance corticale, qui paraît ramollie en divers points où la tuberculisation est la plus avancée. Granulations grisâtres, demi-transparentes dans les scissures de Sylvius, avec épaississement gélatiniforme de la pie-mère. Dans les ventricules, 80 grammes de sérosité grisâtre, louche. Même état du liquide rachidien. Dans le poumon droit, granulations grises, demi-transparentes. Ganglions bronchiques tuberculeux à divers degrés. La rate offre de nombreuses granulations d'un blanc-jaunâtre, friables, dont le centre, ramolli, peut s'enlever en laissant une sorte de coque. Granulations dans le péritoine ([2]).

CDLVI° Obs. — Enfant mâle, quatre ans, coqueluche. Symptômes

([1]) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 32.
([2]) *Idem, ibidem*, p. 62.

cérébraux, tête en arrière, pupilles dilatées, doigts contractés, mouvements convulsifs. — A la convexité des hémisphères, beaucoup de granulations dans la pie-mère. A la base, lymphe plastique et solide. Dans les ventricules, sérosité abondante, peu claire. Substance cérébrale ramollie; diffluence du septum lucidum et des parties adjacentes. Tubercules dans les poumons et dans les glandes bronchiques. Une de ces glandes comprimait le pneumo-gastrique; tubercules dans le péritoine, les glandes mésentériques; peu dans la rate; point dans le foie et les reins (¹).

CDLVII° Obs. — Fille, cinq ans, constitution bonne, toux depuis un an, pas d'amaigrissement. Mai, vomissement, somnolence, contractures, pouls 60, 76, 112, tâche cérébrale, convulsions, roideurs tétaniques, opisthotonos. Mort le seizième jour. — Granulations sur la convexité, à la base, dans les scissures de Sylvius. M. Robin y constate la texture fibro-plastique. Globules de pus à la base. Épanchement ventriculaire, ventricule droit un peu ramolli en arrière, voûte à trois piliers assez ferme. Substance grise couleur lilas; cerveau non ramolli, exempt de tubercules. Tubercules au sommet des poumons; ganglions bronchiques dégénérés. Rate ayant des granulations à sa surface (²).

CDLVIII° Obs. — Garçon, cinq ans; à la fin de mai, tristesse. 6 juin, fièvre, somnolence, constipation, grincements de dents, soupirs. 12, convulsions, perte de connaissance et de la sensibilité cutanée; hémiplégie droite alternant avec la contracture, pouls filiforme, 128; dans le fond de l'œil gauche, dilatation et flexuosité des veines de la rétine avec congestion péri-papillaire; à droite, dilatation considérable des veines. — Sinus remplis de sang liquide, quelques caillots dans le sinus transverse; veines méningées gorgées de sang, ainsi que le sinus caverneux droit, thrombose et dilatation de la veine ophthalmique du même côté. Pie-mère rouge; à gauche, ses vaisseaux sont bordés d'une couche de pus et de granulations grises demi-transparentes; il y en a beaucoup dans la scissure de Sylvius droite; la gauche n'a qu'un tubercule miliaire, jaune d'ocre; sérosité dans les ventricules, tubercules dans les ganglions bronchiques. L'œil gauche a montré à la loupe de nombreux vaisseaux dilatés et flexueux, et la papille infiltrée (³).

CDLIX° Obs. — Antoine Marteau, de Bordeaux, âgé de six ans, de petite taille, de faible constitution, se plaignait, dans le mois de

(¹) Wilks, *Guy's hospital Reports*, t. VI, p. 107.
(²) Savouret, Thèse, 4e obs., p. 30.
(³) Bouchut, *Diag. des maladies du syst. nerveux par l'ophthalmoscopie*, 1866, p. 168.

février 1844, d'élancements fréquents dans la tête. Il avait parfois, durant la nuit, des mouvements convulsifs, des grincements de dents; à la fin de mars, il survint une sorte de délire. Le 20 avril, il y eut de l'affaissement, de l'assoupissement; en même temps inappétence, nausées, vomissements de matières blanchâtres, aqueuses; ni toux, ni douleur au thorax. (Calomel et vésicatoires en divers points.) L'enfant est apporté à l'hôpital Saint-André, le 26 avril. Peau chaude, pouls peu plein, peu fréquent, coma, immobilité complète, yeux à demi fermés, pupilles très dilatées, principalement la droite, ne subissant pas l'influence de la lumière; respiration normale, par moment plaintive, bouche un peu béante, lèvres sèches, ainsi que la langue. Point de toux; l'abdomen est à peu près dans l'état normal, il paraît toutefois un peu sensible à la pression. Une selle demi liquide abondante a été involontairement rendue. (Une sangsue derrière une oreille, bain de siége, sinapismes aux pieds; raser la tête, y faire des onctions avec de fortes doses d'onguent mercuriel). — *Soir*, le pouls est un peu plus lent que ce matin, face moins colorée, le coma persiste; à cinq heures, le malade a prononcé quelques paroles; depuis, il est retombé dans le même état. Assoupissement, face colorée, pupilles dilatées, respiration facile; toutes les cinq ou six inspirations sont plus profondes; pouls fréquent. — 28, pupille droite plus dilatée que la gauche; la paupière droite ne se relève pas comme l'autre; coma; pouls, 80; le soir, pouls affaibli, peau chaude, face colorée; on remarque que le petit malade n'a pas changé d'attitude depuis qu'il est à l'hôpital; membres souples, pas de paralysie, respiration entrecoupée par de longues inspirations plaintives, pupilles très dilatées. — 29, aggravation des symptômes, pouls imperceptible. Mort dans la journée.

Nécropsie. — Maigreur très grande, souplesse des articulations, les pupilles sont restées très dilatées, et principalement la droite.

Le long de la scissure médiane du cerveau, les méninges ont contracté des adhérences mutuelles. L'arachnoïde est, en ce point, un peu épaissie et offre des granulations. La pie-mère est très fortement injectée, mais ne paraît pas enflammée, du moins à la surface convexe des hémisphères. Sur presque toute la face inférieure et principalement sur le mésocéphale, elle offre une couche de pus jaunâtre concret, interposé entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette dernière membrane qui, d'ailleurs, est fort épaissie, se détache très aisément de la substance cérébrale. Les scissures de Sylvius présentent des granulations multipliées d'un gris jaunâtre. En pénétrant dans l'intérieur du cerveau, on rencontre une substance médullaire d'autant plus ramollie que l'on approche des ventricules latéraux. Les ventricules, très amples, renferment de la sérosité en assez

grande quantité (environ 90 grammes). Le septum lucidum est très ramolli. La voûte à trois piliers, les corps striés et les couches optiques le sont également. Le troisième ventricule renferme de la sérosité. Quant au cervelet, il est plus consistant que le cerveau, mais sa consistance est moindre que celle de l'état normal.

Peu de sérosité dans les plèvres. Les poumons renferment beaucoup de tubercules à l'état miliaire. Les glanglions bronchiques sont un peu volumineux, mais non dégénérés. Cœur sain. Foie volumineux; la vésicule petite; bile jaunâtre. Dans la rate, plusieurs tubercules denses, blanchâtres, du diamètre d'un centimètre, superficiels, apparents à l'extérieur, mais non saillants. Dans le péritoine, entre l'estomac et le foie, tubercules très volumineux, analogues par la couleur et la consistance à ceux de la rate, agglomérés, et formant une masse de 6 centimètres de long dans le sens transversal sur 3 de hauteur. Aucun d'eux n'est encore ramolli. L'estomac est petit; sa grosse extrémité a des parois amincies et transparentes. Cet amincissement s'est fait aux dépens de la muqueuse, qui, en ce point, est presque détruite. Il n'y a pas, d'ailleurs, de rougeur; seulement, un peu de ramollissement. Le reste du tube digestif ne présente rien d'anormal. Les reins sont sains.

CDLX[e] Obs. — Fille, sept ans, délicate. A quatorze mois, diarrhée sanguinolente; plus tard, fièvre intermittente, pleurésie, douleurs dans les articulations. A six ans, coqueluche, qui laisse après elle une toux sèche. L'enfant reçoit un coup à la hanche, qui réveille toutes les douleurs. Dans les derniers quarante jours, convulsions générales, douleur de tête, sans lésion des facultés intellectuelles. Sommeil troublé, fièvre tous les soirs. Avril, treize jours avant la mort, fièvre intense, vomissement, convulsions des membres gauches, qui ensuite sont paralysés. Épaule contracturée. Sensibilité à gauche émoussée. Perte de la vue, ouïe parfaite, pouls fréquent, intermittent, irrégulier; respiration accélérée, constipation. Dans la nuit, convulsions, avec caractère tétanique. Les extenseurs des extrémités supérieures sont devenus roides. Cou et mâchoire inférieure également rigides. Épistaxis. La parole cesse. Perte de connaissance, strabisme, pouls très fréquent, coma. Mort le treizième jour. — Pie-mère de la convexité très injectée. Sous l'arachnoïde, qui est pâle, infiltration de sérosité lactescente et nombreuses granulations de la grosseur des graines de moutarde, très abondantes sur les lobes moyens et postérieurs, peu sur les antérieurs, en grand nombre dans les scissures de Sylvius, surtout à gauche. Pie-mère autour des nerfs optiques infiltrée et opaque. Substance cérébrale injectée. Dans les ventricules, sérosité limpide; dans les poumons, quelques

petites granulations. Glandes bronchiques tuberculeuses, avec matière calcaire. Parois gastriques épaissies ([1]).

CDLXIe Obs. — Fille, sept ans, mère robuste, père délicat; rougeole, scarlatine, coqueluche; brune, vive, intelligente. 11 mars, malaise, inappétence, vomissements, céphalalgie, ventre indolent, soif, peau sèche et brûlante, insomnie; pas de toux. 18, assoupissement. 20, délire, agitation, haleine fétide, pouls 68, peu développé; respiration naturelle; pas de symptômes par la percussion et l'auscultation. 21, pupilles contractées, vision conservée, réponses lentes, mais précises; céphalalgie frontale. Langue humide, avec enduit blanchâtre, épais; sur les gencives, pellicule blanchâtre; ventre indolent, un peu rétracté; selles involontaires, pouls 104. 22 mars, face rouge, puis pâle; assoupissement, réveil incomplet, sensibilité émoussée, pouls 96, respiration 32, ventre un peu rétracté. 23 mars, coma; les pupilles ont trois millimètres de diamètre et sont égales, immobiles; globes oculaires décrivant quelques mouvements; déglutition très difficile, peau chaude, pouls 128; légère contracture du bras droit, soubresauts des tendons. Le soir, convulsions dans le côté droit du corps, stertor, hoquet. Mort. — Infiltration séro-sanguinolente dans la pie-mère de la périphérie, surtout en arrière. Substance corticale sous-jacente d'un gris foncé et piqueté. Dans les scissures de Sylvius, pie-mère épaissie, opaque, parsemée de granulations grisâtres du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. 25 grammes de sérosité dans chaque ventricule. Sérosité grisâtre transparente dans l'espace sous-arachnoïdien de la moelle, qui est saine, ainsi que les diverses parties de l'encéphale. Groupe de granulations dans le lobe inférieur du poumon droit, sous la plèvre, et, de plus, petite masse tuberculeuse. Sur la plèvre costale opposée, granulations tuberculeuses faciles à détacher. Ganglions bronchiques tuberculeux. Granulations grises, demi-transparentes, dures, et grains tuberculeux dans le tissu de la rate. Quelques-unes dans les reins ([2]).

CDLXIIe Obs. — Fille, sept ans, valétudinaire; caractère triste, jaloux; intelligence développée. Céphalalgie fréquente. Contusions sur le crâne. Deuxième dentition; extraction de trois dents en août. Quelques jours après, vomissements, céphalalgie, agitation, cris aigus, trouble dans les idées, pouls fort et fréquent, constipation, urines rares; exaltation de la sensibilité; alternatives de calme, d'agitation et de délire; puis affaissement, trismus, grincements des

([1]) Hallowell, *Trans. of the College of Physicians of Philadelphia*, 1847. (*American Journal of med. Sciences*, 1847, t. II, p. 440.)

([2]) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 68.

dents, strabisme, contracture des membres, déviation de la bouche à gauche, résolution et insensibilité des membres gauches, hoquet, respiration stertoreuse. Mort le dix-septième jour. — Cicatrice sur le pariétal droit, sans lésion osseuse. Adhérences des deux feuillets de l'arachnoïde, sur les côtés de la faux du cerveau, par des filaments moux et celluleux. Méninges de la convexité épaisses et opaques. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Adhérence de la pie-mère avec la substance cérébrale sur les hémisphères, où sont des granulations jaunâtres, comme caséeuses, placées sous l'arachnoïde et jusque dans les anfractuosités. Parois des ventricules molles, contenant quelques cuillerées de sérosité. Méninges de la base un peu injectées. Ganglions bronchiques gros et tuberculeux. Tubercules dans les poumons (1).

CDLXIII° Obs. — Fille, sept ans, faible. 17 août, vomissements, céphalalgie, douleurs à l'épigastre. 19, stupeur, pâleur, yeux à demi-fermés, urines pulvérulentes; somnolence, sensibilité conservée, agitation, contorsions des membres, pouls lent et irrégulier, coloration subite et passagère du visage. 20, coma, convulsions et sensibilité obtuse du côté droit, flux salivaire abondant, tache méningitique. 22, ventre douloureux, gargouillements, pouls 116. 23, évacuations urinaires involontaires, râles sibilants et ronflants. 25, carphologie, intelligence obtuse, sensibilité exaltée, cris à la plus légère excitation, pupilles normales, pouls petit, 120; mussitation, convulsions, tête renversée en arrière. 26, pupilles dilatées, yeux demi-fermés, dirigés en haut; résolution et roideur alternatives des membres gauches. Mort. — Teinte violacée de la dure-mère. Caillots noirs dans les sinus. Beaucoup de sérosité dans l'arachnoïde. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Fausse membrane épaisse, jaune-verdâtre sur le cervelet. Tubercules très petits et rares au niveau des scissures de Sylvius et à la base. Ventricules un peu dilatés. Ganglions bronchiques volumineux et remplis de tubercules, ainsi que le sommet du poumon droit (2).

CDLXIV° Obs. — Enfant mâle, sept ans et demi, parents phthisiques, constitution débile. Scarlatine, rougeole. Depuis six mois, tristesse, dépérissement; gonflement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires. 1er septembre, céphalalgie, puis vomissements; une diarrhée ancienne s'arrête. Fièvre, pouls 92, inappétence, soif, râle muqueux et sous-crépitant. 8, délire loquace, réponses assez justes; la langue est montrée assez bien. Peau chaude, sèche; pouls 112.

(1) Demongeot de Confevron, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 276, p. 31.
(2) Béchet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, n° 302, p. 22.

10, vomissement bilieux, constipation. 13, somnolence, amaigrissement rapide. Pupilles toujours naturelles. Ni contracture, ni paralysie, ni convulsions. Peau froide. Mort le 19. — Vaisseaux méningiens gorgés de sang. Cavité de l'arachnoïde sèche et poisseuse. Pie-mère, sur les optiques, le tuber cinereum et les scissures de Sylvius, épaissie, opaque par la présence d'une matière gélatiniforme, d'un blanc-grisâtre ou verdâtre, parsemée de granulations tuberculeuses. Dans les anfractuosités, granulations grosses comme des têtes d'épingle, grises, demi-transparentes, ou du volume d'un pois, blanchâtres, opaques, friables. 60 grammes de sérosité dans les ventricules. Un peu de mollesse des parties centrales. Matière tuberculeuse dans les ganglions cervicaux et bronchiques, dans la rate, les glandes mésentériques. Granulations grises, demi-transparentes ou opaques et blanchâtres, dans les poumons et dans le foie (1).

CDLXVe Obs. — Garçon, huit ans, santé délicate; ancienne affection du cuir chevelu. 20 juin, malaise, abattement, tristesse, céphalalgie qui augmente. 1er juillet, perte de la parole, assoupissement. 5, immobilité, coma, pupilles dilatées et oscillantes, strabisme, convulsions de l'œil droit, mobilité des deux bras, sensibilité conservée, trismus. L'enfant semble mordre le verre. Peau pâle et fraîche, pouls faible, 64; pas de selles. 6, paupière gauche et commissure gauche des lèvres abaissées, pouls 96, légère chaleur, agitation, délire, coma, toux. 9, matité du thorax à gauche, râle sous-crépitant, paupière droite abaissée, paralysie du bras droit. Mort le 10. — Tête volumineuse. Arachnoïde de la convexité rouge. Pie-mère infiltrée de sérosité sanguinolente. Dans quelques points, granulations fines, blanches, en petites plaques, dont quelques-unes sont larges comme des lentilles. Injection plus marquée dans les scissures de Sylvius, où se trouve une infiltration puriforme. Les membranes se détachent bien de l'encéphale. Dans la scissure interlobaire et sur la face interne de l'hémisphère gauche, granulations plus volumineuses, de la grosseur d'un pois, adhérant aux méninges, qu'elles suivent en forme de grappe quand on les enlève; et, d'autre part, en contact avec la substance cérébrale, qui est rose et ramollie. Leur tissu est blanc-jaunâtre ou verdâtre, homogène, entouré d'un kyste. A la base, méninges parsemées de granulations plus nombreuses, mais plus petites. Arachnoïde épaissie, recouverte d'une couche de sérosité gélatineuse et puriforme. Un peu de sérosité transparente rosée dans les ventricules. Tubercules dans les poumons et dans les ganglions bronchiques (2).

(1) Legendre, *Maladies de l'Enfance*. Paris, 1846, p. 26.

(2) Demongeot de Confevron, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, no 276, p. 19.

CDLXVIe Obs. — Garçon, huit ans, coups, insolation. Mai, céphalalgie, photophobie, contracture des muscles du tronc, taches méningitiques, strabisme, pouls 60. Mort le dix-septième jour. — Granulations rares isolées sur les hémisphères cérébraux, abondantes sur le cervelet. A la base, matière verdâtre qui se prolonge dans les scissures de Sylvius, et quelques anfractuosités avec points blancs, globules de pus et corps granuleux d'inflammation. Cerveau un peu mou. Ventricules et parties centrales ramollies. Moelle saine. Dans les poumons, tubercules crus. Ganglions bronchiques tuberculeux (1).

CDLXVIIe Obs. — Fille, huit ans; depuis plusieurs mois, toux, maigreur, pâleur. Novembre, assoupissement, pouls lent, chaleur naturelle, coryza, yeux hagards, agités de mouvements latéraux; pupilles dilatées et immobiles, vue, ouïe, intelligence, sensibilité conservées; bras droit contracturé, mais encore mobile; jambe droite souple, mais immobile; commissure gauche des lèvres un peu tirée en dehors, pouls très petit et très fréquent, convulsions, carphologie, côté gauche paralysé, petits gémissements, sueurs, stertor. Mort le neuvième jour. — Pie-mère peu infiltrée, peu transparente, résistante. A la partie supérieure et externe de chaque hémisphère, agglomération de granulations tuberculeuses grisâtres, du volume de graines de chenevis, en grand nombre dans les scissures de Sylvius; dans la droite, en outre, matière tuberculeuse jaunâtre, friable, adhérant faiblement au cerveau, non ramolli en cet endroit, et partout ailleurs pâle et ferme, ainsi que le cervelet et la moelle. Ventricules vides. Ganglions bronchiques tuberculeux. Quelques tubercules pulmonaires, tubercules sous-pleuraux petits et très nombreux, ainsi que dans les épiploons et le mésentère (2).

CDLXVIIIe Obs. — Fille, huit ans, caractère gai; mauvais traitements; symptômes de phthisie pulmonaire. Quelque temps après, tristesse, indifférence, disposition au repos, mauvaise humeur, réponses brèves et brusques, face amaigrie, pas de céphalalgie, sensibilité conservée, grande faiblesse. Trois mois après les changements survenus dans le moral, vive agitation, cris, état d'asphyxie et mort. — Tubercules nombreux dans les ganglions bronchiques et les poumons. Granulations très multipliées dans la pie-mère. Induration de cette membrane à la base du cerveau, dans les scissures de Sylvius et à la convexité de l'hémisphère droit. Ramollissement blanc de la substance corticale (3).

(1) Savouret, Thèse, 8e obs., p. 27.
(2) Burnet, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 441.
(3) Becquerel, *Méningite des Enfants*, 1838, p. 111.

CDLXIX° Obs. — Fille, dix ans, brune, robuste; travail de broderie excessif, mauvaise nourriture, habitation malsaine. Il y a trois mois, ictère. 4 janvier, face pâle, un peu colorée aux pommettes; maigreur, décubitus dorsal, abattement, céphalalgie passagère, chaleur, agitation, délire; bouche sèche, soif, inappétence; ventre tendu, ballonné, plus tard rétracté, indolent; diarrhée, pouls assez plein, 140; respiration 64-72; râles sibilants et muqueux, percussion sonore, toux, sudamina sur le tronc. 7, pouls 136, respiration 56, faiblesse, vomissement. 8, yeux égarés, selles liquides, volontaires; pouls 144, inspirations 60, avec dilatation des ailes du nez. Mort le 11 janvier. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne sur la convexité du cerveau, opaline à la base. Sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, vers la base du crâne, une dixaine de granulations d'un blanc-jaunâtre, du volume d'un grain de millet ou de chenevis. Ces granulations sont déposées sur la surface libre de la séreuse et peuvent être enlevées par le grattage. Sur la convexité, au-dessous de l'arachnoïde, sont infiltrés dans la pie-mère, soit des points arrondis d'un blanc-jaunâtre, soit des traînées de matière solide et friable. Entre les circonvolutions et dans les scissures de Sylvius, encore beaucoup de granulations d'un blanc-jaunâtre et du volume d'une petite tête d'épingle. Dans une anfractuosité de l'hémisphère gauche, petit amas de matière analogue. 60 grammes de sérosité dans les ventricules latéraux. Septum et voûte intacts, mais très mous. Cerveau congestionné, mais assez consistant, ne contenant, ainsi que la moelle, aucun tubercule. Épanchement séro-sanguinolent dans les plèvres. Poumons engoués et criblés de granulations grisâtres, à demi-transparentes, dures vers la base, faciles à écraser et d'un blanc-jaunâtre vers le sommet. Granulations superficielles des plèvres. Ganglions bronchiques convertis en masses tuberculeuses. Petites ulcérations dans l'estomac et dans les intestins. Granulations tuberculeuses dans le foie et dans les reins (1).

CDLXX° Obs. — Garçon, onze ans; il a grandi et maigri depuis six mois. Peau sèche, chaude, desquammation furfuracée, intelligence développée, langue rouge et sèche, soif vive, peu d'appétit; ventre tuméfié, résistant, sonore; diarrhée, sueurs nocturnes, pouls 104, toux fréquente, gargouillement, respiration caverneuse, bronchophonie, etc. 2 décembre, inquiétude; le 3, vomissement, assoupissement; le 4, perte de connaissance, face pâle, pupilles dilatées, respiration stertoreuse, résolution des membres, sensibilité très obtuse. Mort le soir. — Infiltration sous-arachnoïdienne sur la convexité des hémisphères, avec quelques granulations opaques, arrondies, du

(1) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 37.

volume d'une petite tête d'épingle, sur les circonvolutions et dans les anfractuosités, plus abondantes dans les trois quarts antérieurs de la masse cérébrale. Toute la base et les scissures de Sylvius sont infiltrées par une matière molle, grisâtre, gélatiniforme, parsemée surtout au niveau des scissures d'un grand nombre de granulations grises, demi-transparentes. Il en existe aussi sous le lobe moyen droit, qui sont opaques, jaunes, friables. Dans les ventricules, 80 grammes de sérosité. Ramollissement de la voûte et du septum. Petite plaque ecchymotique sur la corne d'Ammon droite. Caverne tuberculeuse au sommet du poumon droit, tubercules miliaires dans les autres points. Ganglions bronchiques et mésentériques tuberculeux. Adhérences des anses intestinales, dont la surface interne présente des ulcérations tuberculeuses (1).

CDLXXIe Obs. — Fille, onze ans, abcès scrofuleux devant l'oreille, à peu près guéri. 23 juin, fièvre, vomissement, constipation, photophobie, hyperesthésie des membres, pouls irrégulier, ventre déprimé, respiration suspirieuse, grincements de dents. 30, Coma. Examen ophthalmoscopique : à l'œil droit, congestion péripapillaire avec œdème de la rétine, phlébectasie, et quelques petits épanchements sanguins; sur une veine inférieure, taches séparées par des espaces clairs; à l'œil gauche, congestion péripapillaire très intense avec arrêt du sang dans la veine inférieure de la rétine. 1er juillet, convulsions. Mort le 3. — Pie-mère très injectée, surtout à gauche. Dans la scissure de Sylvius du même côté, sur le trajet des vaisseaux, très nombreuses granulations petites, blanches, sans matière tuberculeuse; de plus, infiltration purulente sur le nerf optique gauche, sérosité abondante dans les ventricules latéraux. Sinus de la dure-mère du côté gauche obstrués, remplis de caillots. Poumons parsemés de granulations grises, demi-transparentes, quelques-unes en voie de transformation, et offrant, au centre, un point de tubercule jaunâtre. Ganglions bronchiques tuméfiés et tuberculeux (2).

CDLXXIIe Obs. — Fille, douze ans, intelligente, brune, petite, santé délicate. Toux, diarrhée, dépérissement. 31 juillet, pâleur, ventre tendu, météorisme, râle muqueux. 16 septembre, somnolence, délire, agitation, cris aigus, sans céphalalgie. Cessation de la diarrhée, pouls fréquent, peau chaude; ni strabisme, ni dilatation des pupilles; respiration accélérée, puis stertoreuse. Mort le 24. — Cavité de l'arachnoïde sèche et poisseuse. Grand nombre de granulations disséminées dans la pie-mère de la convexité, des anfractuosités et des scissures de Sylvius, du volume d'un grain de millet,

(1) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 43.

(2) Bouchut, *Diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie*, p. 82.



arrondies, blanchâtres, opaques, friables ou ramollies; infiltration de lymphe plastique dans la même membrane. 90 grammes de sérosité dans les ventricules latéraux; ramollissement des parties centrales; infiltration sanguine de l'ergot de Morand; état normal des plexus choroïdes et de la toile choroïdienne; cerveau un peu mou. Poumons, plèvres, péritoine, rate parsemés de granulations; ganglions bronchiques et foie contenant des tubercules [1].

CDLXXIIIe Obs. — Garçon, douze ans, élevé au biberon. Brun, vif, intelligent, maigre, bonne santé. Il y a six mois, en apprentissage chez un doreur sur bois; assez bonnes conditions hygiéniques; néanmoins, amaigrissement. Il y a huit jours, tout à coup, intelligence affaiblie, ouïe un peu dure, céphalalgie frontale continue. 19 octobre, état saburral, mal de gorge, pouls 72, irrégulier. 20, constipation, pas de symptômes thoraciques. 22, intellect plus obtus, réponses lentes et difficiles, ouïe dure, vue conservée, pupilles dilatées, pouls 100. 23, hébétude du regard, parole presque impossible, langue rouge, gencives couvertes d'une pellicule blanche; sensibilité, motilité conservées, la main gauche serre plus que la droite, pouls 76. 24, légère amélioration le matin, vomissement le soir. 25, 26, tendance à l'assoupissement. 27, agitation, délire, évacuations volontaires; ensuite, calme. 30, ventre douloureux. 31, assoupissement profond; pupilles dilatées, douleur au cou, pouls 90, évacuations involontaires. 1er et 2 novembre, coma, paupière gauche paralysée, parole nulle, sensibilité conservée, machonnement. 3, roideur tétanique du cou, pupilles très dilatées et immobiles; rotation lente des globes oculaires, narines pulvérulentes, motilité conservée au bras droit, résolution du gauche, sensibilité maintenue des deux côtés, peau chaude, pouls 112, respiration stertoreuse. 40, sueur abondante sur la face. Mort le 4 novembre. — Vaisseaux de la dure-mère injectés, sur la partie postérieure de l'hémisphère gauche une quarantaine de granulations du volume de la tête d'une petite épingle, demi-transparentes, grisâtres, molles, friables; on peut les détacher de la surface libre de l'arachnoïde à l'aide d'un léger grattage, et sans altérer cette membrane. Au même point, au-dessous de l'arachnoïde viscérale, dans la pie-mère, se trouvent beaucoup de granulations du même volume, arrondies et d'un jaune verdâtre. Le long des intervalles des circonvolutions, traînées jaunâtres, d'aspect purulent, mais solides et continuées par des granulations disposées comme des grains de chapelet; légère infiltration sanguine à la surface de la substance corticale. Nombreuses granulations dans la pie-mère de la scissure de Sylvius.

[1] Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 29.

60 grammes de sérosité dans les ventricules; légère apoplexie capillaire de l'ergot de Morand. Dans les poumons, granulations grises, ainsi que dans les reins; ganglions bronchiques en partie tuberculeux; rate criblée de tubercules crus (1).

CDLXXIVe Obs. — Fille, douze ans et demi, constitution forte. 25 mars, céphalalgie, insomnie, douleurs dans les membres, peau chaude, pouls 104-108, puis 112-126, face animée, vomissement, haleine fétide, herpès labial, léger délire, ventre douloureux à la pression, tache méningitique ou cérébrale; douleur vive à la partie postérieure du cou et du tronc le long du rachis, roideur générale; quand on remue le sujet, il se meut tout d'une pièce, le mouvement est très douloureux (ventouses sur le rachis, sang couenneux). Pupilles très dilatées, chaleur, sueur, etc., mouvements convulsifs. Mort le 6 avril. — Sinus et vaisseaux gorgés de sang noir; pas de granulations à la convexité; à la base, dans les scissures de Sylvius et sur le cervelet, les méninges sont infiltrées de matière tuberculeuse épaisse sous forme de granulations. Pas de liquide dans les ventricules, pas de ramollissement central, pas de tubercules cérébraux. Sur la face postérieure du cordon rachidien, fausse membrane épaisse, jaunâtre, contenant du pus et de la matière tuberculeuse; la partie correspondante de la moëlle est ramollie. Dans les poumons, tubercules miliaires; ganglions bronchiques tuberculeux, quelques-uns en suppuration; tubercules dans la rate et les reins (2).

CDLXXVe Obs. — Homme, dix-sept ans, faible, pâle, maigre. Janvier, gonflement du genou, symptômes de phthisie pulmonaire; tuméfaction des ganglions mésentériques, inguinaux; membre inférieur œdémateux; jusque-là, pas de symptômes cérébraux. 4 février, tout à coup, vomissements, coma, décubitus dorsal, tête en arrière, yeux convulsés en haut, cris, selles involontaires. Mort le troisième jour. — Arachnoïde un peu épaissie. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Pie-mère injectée et siége de granulations tuberculeuses, imitant l'aspect de la semoule, sur presque tous les points, surtout dans les scissures de Sylvius, où elles sont confluentes; leur couleur est blanc-sale, leur consistance un peu ferme. Substance corticale injectée, d'un gris un peu rougeâtre. Poumons tuberculeux. Adhérence des deux feuillets du péricarde, etc. (3).

CDLXXVIe Obs. — Femme, vingt-deux ans, de bonne constitution, nourrice depuis neuf mois; appétit extraordinaire. 12 avril, écart de

(1) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 96.
(2) Pivent, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, no 105, p. 35.
(3) Jaccoud, *Bulletin de la Société anatomique*, 1858, p. 306.

régime, indigestion; entrée le 28 à la maison de santé. Céphalalgie, vomissement d'un lombric, puis délire, surdité, coma, peau chaude, pouls 120, plaintes, cris, prostration, pupilles dilatées, seins gonflés par le lait, ventre douloureux, sans ballonnement ni borborygmes; constipation. (Eau de Sedlitz.) Selles involontaires, rétention d'urine, taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et à la base de la poitrine; douleurs à l'occiput; pas de phénomènes thoraciques; la connaissance persiste; pouls 120. Mort le 1er mai. — Point de plaques intestinales. Dans l'arachnoïde, sérosité lactescente. Lymphe plastique albumino-purulente. Granulations miliaires, surtout dans les scissures de Sylvius, sur les lobes postérieurs, le long du sinus longitudinal, dans les plexus choroïdes. Cerveau mou. Substance blanche sablée. Poumons criblés de tubercules miliaires, à leur surface et dans le parenchyme. Ganglions bronchiques infiltrés de matière tuberculeuse. Péritoine parsemé de granulations miliaires dans toute son étendue, principalement aux replis épiploïques et mésentériques. Deux ou trois petits tubercules dans la couche granuleuse des reins (1).

CDLXXVIIe Obs. — Femme, nourrice depuis dix-huit mois, lymphatique, maigre, pâle, anémique; céphalalgie frontale et névralgie faciale, pupilles dilatées, immobiles; pouls 60, vue obscurcie, vomissements, paupières baissées, regard incertain, insomnie, soubresauts des tendons, douleurs dans les membres, léger délire, agitation musculaire, pouls 96-100, selles involontaires, gémissements. Mort le onzième jour, à dater de l'entrée à l'hôpital. — Un peu de liquide sous l'arachnoïde. Sur l'arachnoïde, quelques taches nacrées en divers endroits. A la base, les méninges sont résistantes, épaisses et rouges, ainsi que dans les scissures de Sylvius, où on voit beaucoup de granulations blanchâtres ou demi-transparentes; d'autres sont disséminées sur la base et divers autres points de la périphérie. Surface cérébrale rosée et un peu ramollie. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux, davantage dans le moyen. Ramollissement des parties centrales. Infiltration tuberculeuse circonscrite au sommet du poumon droit. Le gauche et les autres organes paraissent sains (2).

CDLXXVIIIe Obs. — Couturière, âgée de vingt-quatre ans; toux, dyspnée, céphalalgie, bourdonnement d'oreilles, photophobie, vomissements, cris, délire, strabisme, contracture des membres, mouvements convulsifs, roideur tétanique du cou; le sang de deux saignées a donné de fibrine 3,0 et 3,4. — Pie-mère parsemée de granulations

(1) Vigla (maison de santé). Gosset, interne, *Gazette des Hôpitaux*, 1851, p. 233.
(2) Sarmay, *Gazette médicale*, 1855, p. 821.

tuberculeuses, surtout dans les scissures de Sylvius. Granulations dans les plèvres, le péritoine. Tubercules dans les poumons (1).

CDLXXIX° Obs. — Homme, trente ans, phthisique; depuis longtemps, paralysie du bras droit et de la moitié droite de la face, langue embarrassée, intelligence intacte. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne abondante et de teinte laiteuse. Tissu de la pie-mère parsemé d'un grand nombre de tubercules miliaires d'un blanc jaunâtre et d'une dureté comme cartilagineuse; plusieurs adhèrent à la face cérébrale de l'arachnoïde, formant, par leur réunion, de larges plaques jaunes. Pie-mère injectée. Ces altérations sont plus prononcées à gauche. Poumons tuberculeux (2).

CDLXXX° Obs. — Homme, trente ans, ayant eu une affection scrofuleuse du testicule, et les glandes inguinales suppurées; il se plaint de céphalalgie intense, après s'être fatigué pendant un jour chaud. Pesanteur de tête, engourdissement dans les pieds, marche vacillante, nulle sensation dans les mains; il ne peut tenir une plume; la paralysie s'étend, la sensibilité a diminué; sensation de froid humide. Mouches volantes. Diminution de la vue, tintements d'oreilles, affaiblissement de la mémoire. Six semaines après l'attaque de céphalalgie, convulsions suivies de perte de connaissance pendant plusieurs heures; quelques jours après, coma; mort. — Vaisseaux des méninges injectés. 5 onces de sérosité dans les ventricules. Couche épaisse de lymphe coagulable sur le pont de Varole et sur les nerfs optiques. Toute la pie-mère parsemée de petits tubercules, de la grosseur d'un grain de millet, surtout sur les lobes moyens et la base du cerveau. Moelle saine. Un peu de sérosité dans l'arachnoïde rachidienne. Glandes mésentériques contenant de la matière scrofuleuse. Péritoine parsemé de tubercules (3).

CDLXXXI° Obs. — Homme, trente-neuf ans. Il y a un an, légère hémoptysie; il y a quinze jours, nouvelle hémoptysie, céphalalgie violente et persistante au sommet de la tête; cuir chevelu sensible, face pâle, yeux fixes; symptômes de phthisie avancée, voies digestives en bon état, constipation; pouls 120, délire, agitation, insomnie, stupeur, pupilles dilatées, mais sensibles; tête penchée en arrière, sans roideur des muscles du cou; membres supérieurs contractés dans la flexion, mais cédant à la volonté; sensibilité de la peau exagérée au tronc, rétention d'urine évacuée par regorgement, paralysie des membres droits, bouche déviée à gauche. Mort le

(1) Andral, *Hématologie*, p. 166.
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 60.
(3) Earle, *Medico-Chirurgical Transactions*, t. XIII, p. 598.

vingt-sixième jour. — Glandes de Pacchioni volumineuses, nombreuses. Deux cuillerées de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Pie-mère très injectée. Surface cérébrale non ramollie. Sur le milieu de l'hémisphère gauche, méninges épaisses, opaques, avec plaques de trois centimètres sur deux, formées de granulations blanches et opaques, grosses comme des grains de chenevis, et contenant une matière comme caséeuse, ou grises et demi-transparentes, du volume d'un grain de millet, dures, abondantes autour des vaisseaux veineux, auxquels elles forment une gaîne, et qui restent béants comme des artères. Ces granulations grises existent en grand nombre dans les scissures de Sylvius. Au fond de l'anfractuosité sous-jacente à la plaque, la substance cérébrale présente une grande tache jaune, avec infiltration sanguine ou ecchymotique et capillaire au centre de l'hémisphère. Dans le poumon gauche, granulations grises, demi-transparentes, disséminées ou en groupes; tubercules blancs opaques. Dans le poumon droit, une caverne, des granulations et des tubercules (1).

CDLXXXII° Obs. — Femme, trente-neuf ans, constitution affaiblie; chagrins, misère, nourrice depuis cinq mois, toux, maigreur. 28 février, stupeur, subdelirium, peau chaude et sèche, pouls fréquent; un peu de dypsnée, râles sibilants et muqueux, surtout à droite; expiration prolongée et sibilante; soif, langue sèche et fuligineuse; ventre sensible, un peu ballonné; diarrhée, évacuations involontaires, tache méningitique durant quatre minutes. 2 mars, pouls 100, peau chaude, 46 inspirations anxieuses, délire comateux. 4, rétention d'urine, légère roideur dans le cou, prostration, langue sèche, mouvements comme pour se gratter, pupilles inégales, sensibilité cutanée conservée et même un peu exagérée au ventre; gémissements. 5, délire comateux, strabisme; paupière, narine et commissure labiale gauches un peu abaissées. Mort. — Méninges injectées, infiltrées, parsemées de nombreuses granulations, particulièrement dans les scissures de Sylvius; sur la paroi inférieure du ventricule moyen, groupe de grosses granulations dures et transparentes; sérosité abondante dans les ventricules, dont la membrane interne est épaissie et finement granulée sur les couches optiques. Rate hérissée de granulations très petites, dures et transparentes. Fausse membrane entre les plèvres; poumons remplis de granulations grisâtres; à leur sommet vestiges de cavernes tuberculeuses (2).

CDLXXXIII° Obs. — Homme, quarante-cinq ans, intempérant. Chute trois semaines avant la mort; il se plaint de la tête, perd ses

(1) Valleix, *Archives*, 1846, 4e série, t. XI, p. 192.
(2) Empis, *De la Granulie*, p. 131.

Souvent, les granulations méningiennes ont paru ne s'être produites chez les adultes que sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, et lorsque les sujets étaient déjà atteints de phthisie pulmonaire. C'est ce qu'on a nommé la *méningite des. tuberculeux*. Mais la méningite peut être non granuleuse chez des tuberculeux, et être granuleuse chez des individus non tuberculeux.

IV. On a quelques exemples assez probants d'influence héréditaire; les parents ayant été tuberculeux ou scrofuleux (CDXXII, CDLXIV). Lediberder, Becquerel [1] ont constaté que les enfants des phthisiques sont très disposés à la méningite. M. Barthez et Rilliet ont remarqué la même disposition chez ceux dont les parents étaient aliénés ou hypocondriaques. Trousseau a vu un enfant de quatre ans, allaité par sa mère atteinte de syphilis, mourir à quatre mois d'une méningite tuberculeuse [2].

V. On admet généralement que les enfants faibles, pâles, lymphatiques ont une plus grande propension que les autres à la méningite granuleuse. Un des petits malades de Legendre était né avant terme [3]. Mais d'autres exemples attestent que cette maladie peut se manifester chez des enfants dont la peau brune et colorée témoigne de la prédominance du système sanguin (CDLIV, CDLV, CDLXI, CDLXIX, CDLXXII), qui paraissent avoir une assez forte constitution (CDXXXVIII, CDLV, CDLVII, CDLXXIV, CDLXXVI), et jouir d'une bonne santé (CDXX, CDXXI, CDXXVIII CDXXXII, CDXXXIV); mais les apparences étaient trompeuses. Legendre a insisté sur cette remarque essentielle, qu'avec les dehors du meilleur état constitutionnel, beaucoup d'enfants étaient déjà atteints d'une tuberculisation latente. Ainsi, sur 28 cas de méningite tuberculeuse, 12 s'étaient produits avec la physionomie d'une santé excellente, et rien ne pouvait faire soupçonner le mal jusque-là entièrement occulte qui devait plus tard se révéler d'une manière si fatale.

(1) Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, nº 389, p. 44.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 538
(3) *Maladies de l'Enfance*, p. 82.

On a souvent remarqué que la méningite granuleuse s'est facilement produite chez les enfants nerveux, vifs, intelligents (CDXXI, CDLV, CDLXI, CDLXII, CDLXX, CDLXXII, CDLXXIII), à tête volumineuse (CDXXVIII, CDLII, CDLXV).

VI. Parmi les maladies antérieures qui se sont montrées chez les individus destinés à périr de méningite granuleuse, il faut placer : 1° la tuberculisation, surtout celle des poumons, et les affections scrofuleuses sous leurs diverses formes; 2° les gibbosités [1], les maladies de la hanche [2], les affections chroniques du cuir chevelu (CDLVII, CDLXV) [3]; 3° les fièvres éruptives, la variole (CDXXXIV, CDXLIV, CDLII), la rougeole (CDLXI, CDLXIV) [4], la scarlatine (CDXLVII, CDLXI, CDLXIV); 4° la coqueluche (CDXVIII, CDLVI, CDLX, CDLXI), la pneumonie CDXXXVI, CDXLIV), la bronchite (CDXXXIII), la gastro-entérite (CDLXIX) [5], la diarrhée (CDXXIII, CDXXIV, CDLX), etc.

Il est difficile de déterminer jusqu'à quel point ces divers états morbides, et surtout les derniers, peuvent contribuer à la production de la méningite granuleuse; mais il était bon de les noter comme antécédents pathologiques. Il faut y ajouter des causes plus directes; ce sont des contusions sur le crâne (CDXLIII, CDLXII, CDLXVI, CDLXXXIII), l'insolation (CDLXVI), les congestions cérébrales.

VII. La méningite granuleuse a paru se produire sous l'influence d'une habitation insalubre (CDXLV, CDLXIX) [6], de l'exposition au froid et à l'humidité (CDXXXIII). Toutefois, ce n'est pas en hiver que cette maladie se manifeste le plus souvent. D'après un relevé de 65 cas, j'en trouve 26 pour le printemps, 14 pour l'été, autant pour l'hiver, et 11 pour l'automne. Des résultats analogues avaient été constatés par Becquerel. Le résumé donné par Rilliet et Barthez est

(1) Pivent, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, n° 105, p. 20.
(2) Wilks, *Guy's hospital Reports*, 3e série, t. VI, p. 107.
(3) Racle, Thèses de Paris, 1848, n° 243, p. 32.
(4) Becquerel, Thèse, p. 25. — Léger, dans Bouillaud, *Encéphalite*, p. 100. — Hallowell, *American Journal*, 1847, t. II, p. 440.
(5) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 501. — Charpentier, p. 186.
(6) Becquerel, Thèse, p. 50.

moins accentué; les saisons s'y partagent presque également les divers cas [1].

L'habitation des villes est certainement une cause de méningite granuleuse. Cette maladie est rare dans les campagnes, et plus les villes sont populeuses, plus, toutes choses égales d'ailleurs, elles doivent en offrir des exemples. Ainsi, Paris, Londres, en fournissent un très grand nombre. Ils sont fort communs à Munich [2]. Quelquefois, des villes peu considérables, mais sans doute dans des conditions particulières d'humidité ou d'insalubrité, peuvent donner des chiffres assez élevés. Rilliet a vu à Genève, en dix ans, 62 cas. C'est dans cette ville qu'Odier avait pu largement étudier l'hydrocéphalie. C'est là aussi que Vieusseux et Matthey observèrent la méningite cérébro-spinale épidémique, et que Jurine put voir le croup un si grand nombre de fois (61).

VIII. Une nourriture malsaine doit, comme une habitation insalubre, favoriser la production de la méningite granuleuse; mais cette maladie s'est manifestée aussi après des excès d'alimentation (CDLXXVI, CDLXXXIII), après un usage abusif des spiritueux (CDXXXVI, CDXXXVIII).

IX. Les excès vénériens (CDXXXVIII), probablement l'onanisme chez les enfants, ont aussi pu contribuer au développement de la méningite granuleuse, ainsi que les émotions morales, la frayeur, etc. (CDXXI, CDXXXII).

X. L'aménorrhée a précédé quelques cas (CDXXXV, CDXLI). Il en est survenu chez des nourrices (CDLXXVI, CDLXXVII).

XI. Quelquefois, la maladie éclate sans *prodromes*. L'enfant avait conservé jusqu'au dernier moment sa gaîté, sa pétulance, son appétit, son embonpoint, sa coloration [3], ou du moins, si des changements avaient eu lieu dans son état physique et intellectuel, ses parents ne s'en étaient pas

(1) *Maladies des Enfants*, t. II, p. 514.

(2) Hauner, *Union médicale*, 1855, p. 542.

(3) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 2. — Rilliet et Barthez, *Maladies des Enfants*, t. III, p. 493 et 536.

aperçus, et le médecin qui l'observe pour la première fois ne peut apprécier des différences à peine sensibles dans sa physionomie ou dans son moral.

D'autres fois, il existait déjà quelque maladie très manifeste, mais qui masquait la lésion méningienne encore dans une sorte d'état latent. C'étaient des symptômes de scrofules, de phthisie pulmonaire ou d'affection abdominale.

Dans quelques cas, il se produit très à l'avance des symptômes graves, mais passagers, fugitifs, qui doivent donner l'éveil. Tels sont des mouvements convulsifs, des tremblements nerveux, une paralysie momentanée, une hémiplégie ([1]), se produisant sans cause connue, et se dissipant d'elle-même (CDXXIX, CDXXXVIII, CDXLVIII, CDLXXIX), des vomissements ([2]).

Souvent, plusieurs mois avant l'apparition des symptômes caractéristiques, on remarque des changements dans l'aspect du malade. Il pâlit, il maigrit, il est triste, il est faible. Ces changements sont généralement attribués à la masturbation ou à une affection morale, comme la jalousie, ou à l'insuffisance de l'alimentation. Mais, plus tard, on apprend qu'il existe une petite toux sèche ou une légère diarrhée, ou quelques envies de vomir. L'enfant se plaint par moments de la tête; il est moins agile; son sommeil est troublé; il est inquiet et irascible.

Dans cette période peuvent survenir une fièvre continue ou intermittente (CDXXIV, CDXXV, CDXXXIII, CDLX), même des symptômes de fièvre typhoïde ([3]).

Quelques jours avant l'invasion, les prodromes se dessinent d'une manière plus claire pour le médecin. Il y a des vertiges, la marche est peu solide, la vue s'obscurcit, les maux de tête sont plus fréquents, le sommeil est troublé ou prolongé, et plus pesant qu'à l'ordinaire; le moral est aussi

([1]) Guersent, *Gazette des Hôpitaux*, 1845, p. 206.
([2]) Rilliet et Barthez, *Maladies des Enfants*, t. III, p. 473.
([3]) Chomel, *Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 619 et 636.

plus obtus et apathique, ou bien il semble surexcité ; l'appétit manque ou il est augmenté. Il y a de la constipation ou de la diarrhée, des nausées ou quelques vomissements, des douleurs abdominales, du malaise. Cependant, le sujet semble n'être encore qu'indisposé.

XII. L'invasion s'opère ou d'une manière insensible, par l'augmentation des symptômes déjà existants, ou d'une manière très marquée, par l'apparition de phénomènes nouveaux et graves. Ceux que l'observation signale le plus souvent sont une vive céphalalgie et des vomissements répétés ; quelquefois, c'est la perte de connaissance et une rigidité générale (CDXXXIII, CDXLIII, CDLXIX), une sorte d'attaque d'apoplexie, avec hémiplégie ([1]), et plus souvent une attaque de convulsions (CDXXVII, CDXXXVIII, CDXLIX, CDL), ou un violent accès de fièvre (CDXXXIV, CDLX).

XIII. La maladie se décèle par l'apparition des *symptômes* de plus en plus graves et persistants, offrant d'ailleurs des différences assez notables selon les sujets.

La *céphalalgie* est, comme dans les autres espèces de méningite, un symptôme ordinaire, initial, et souvent prodromique. Mais elle devient plus forte au moment de l'invasion ; elle peut aussi ne se faire sentir que lorsque la maladie a déjà fait quelques progrès (Rilliet et Barthez). Survenant chez un sujet qui offrait des signes de tuberculisation pulmonaire ou bronchique, elle doit vivement exciter la sollicitude du praticien, comme signal de l'envahissement des méninges. La céphalalgie manque assez souvent dans la méningite ; elle n'est notée que dans à peu près la moitié des cas. Mais son absence ne doit être réellement admise que pour le petit nombre de malades qui, ayant conservé leur intelligence, peuvent exprimer les sensations qu'ils éprouvent, et assurent ne pas sentir de mal à la tête (CDLIII) ([2]) ; mais quand le malade ne parle pas,

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 112.

([2]) Un jeune homme de 16 ans n'éprouvait qu'un malaise vague, mais pas de céphalalgie. (Wilks, *Guy's hospital Reports*, 1860, t. VI, p. 110.)

s'il gémit, s'il porte ses mains vers le front, c'est un indice de souffrance.

Les cris poussés par les sujets atteints de méningite granuleuse ont leur signification. Cependant, ils varient beaucoup selon les individus.

La céphalalgie occupe toute la tête, le front ou les tempes. Elle a paru n'affecter que le cuir chevelu (CDLXXXI). Elle est gravative ou lancinante, parfois rémittente et périodique. Les malades s'en plaignent moins au bout de quelques jours, et on peut croire qu'elle cesse vers la fin.

Il existe parfois des douleurs dans le cou, le dos, les lombes, les bras et les jambes (CDXXVIII, CDXXXII, CDXXXIV, CDLXXIV, CDLXXVII). Les mouvements imprimés au cou sont très pénibles, et augmentent aussi la céphalalgie.

XIV. L'*expression de la face*, et surtout l'*état des yeux*, offrent de notables phénomènes.

Dès les premiers jours, le visage annonce la tristesse, l'abattement, l'étonnement, la souffrance. Il a perdu de sa mobilité. Les yeux sont fixes, largement ou inégalement ouverts, ou à demi-fermés. Quelquefois, ils sont tout à fait fermés et paraissent fort sensibles à la lumière (CDLXVI, CDLXXVIII). La vue est affaiblie, ou même il y a cécité (CDXXI, CDXXXIV, CDXXXVI, CDXLI, CDLV, CDLX, CDLXIX, CDLXXIX). La direction des yeux est très variable. Ils peuvent être tournés d'un côté (CDLII, CDLIV), ou portés en haut (CDXVII, CDXXII, CDXXVIII, CDXXIX, CDXXXIII, CDXLIV, CDLIV, CDLXIII, CDLXXV).

Le *strabisme* est fréquent. Il se trouve noté dans 22 observations. Il est rare au commencement de la maladie, il se manifeste vers la fin. Il peut n'avoir lieu que par instants. Il est plus souvent interne qu'externe.

La dilatation des *pupilles* est un symptôme très ordinaire. Je le trouve bien marqué dans 36 observations; tandis que le resserrement n'a eu lieu d'une manière permanente que chez deux sujets (CDXXXIII, CDLXI) [1]. Plusieurs fois, les pupilles,

[1] M. Wilks a vu le resserrement des pupilles persister jusqu'à la fin. (*Guy's hospital Reports*, 3e série, t. VI, p. 104.)

d'abord contractées, se sont ensuite dilatées. L'inverse a été rare (Andral, p. 34). On a même vu les pupilles resserrées pendant le coma, se dilater au réveil (Legendre, p. 82). Souvent, une pupille est dilatée, et l'autre resserrée ou normale, et cette différence alternait quelquefois d'un œil à l'autre. Quelques observateurs ont noté les oscillations des pupilles (CDXXV, CDXXVIII, CDLV, CDLXV).

Le fond de l'œil, examiné à l'ophthalmoscope, a montré la congestion de la papille, l'injection péri-papillaire, l'œdème de la rétine, la dilatation et les flexuosités des veines de cette membrane (CDLI, CDLVIII, CDLXXI). Tout récemment, M. Bouchut a reconnu la présence de granulations tuberculeuses dans le choroïde, circonstance qui peut être d'un grand poids dans les incertitudes du diagnostic [1].

XV. La *surdité* est rare. Cependant, on l'a constatée (CDLXXIII, CDLXXVI). Il a été quelquefois question de bourdonnements d'oreilles (CDLXXXI) (Rufz). J'ai remarqué la finesse et la persistance de l'ouïe (CDXXV). Le goût ne paraissait pas détruit (Rufz).

XVI. L'intelligence se maintient assez souvent, non active, ni entièrement nette, mais suffisante pour donner des réponses assez justes.

D'autres fois, il y a perte de connaissance, affaiblissement moral très marqué (CDXXVI, CDXXXIII, CDXXXIV, CDLXXIII, CDLXXXIII); la parole est à peu près nulle ou inintelligible (CDXXVIII, CDLX, CDLXV); souvent embarrassée, lente (CDLXI, CDLXXIII, CDLXXIX); dans quelques cas, au contraire, elle est brève et brusque (CDXXVIII).

Les idées se troublent. Le *délire* survient du troisième au septième jour. On l'a vu ne se manifester que le douzième (Lediberder). Il a eu lieu chez un peu plus que le tiers des malades. Ce délire est léger, fugace; il alterne avec des moments de raison; il est sourd, rarement violent.

XVII. Il y a eu de l'*agitation* chez 14 sujets; on a vu une sorte de jactitation (Legendre, p. 82).

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 5.

Le *sommeil* est troublé par des rêvasseries (CDXXI), ou il y a une insomnie persistante (CDXXIX, CDXL, CDLXI, CDLXXIV, CDLXXVII, CDLXXXI).

L'état opposé est plus ordinaire; les malades sont généralement plongés dans la stupeur, dans la somnolence. L'assoupissement est interrompu par les cris, où il alterne avec le délire; mais bientôt, il l'emporte, et les malades restent dans un état de *coma*. Ce symptôme a été prononcé 36 fois.

XVIII. La *sensibilité* cutanée a présenté des variations très marquées. Souvent, elle a été conservée; quelquefois même exaltée (CDXXXII, CDLXIII, CDLXXXI); d'autres fois émoussée, presque éteinte d'un côté ou de l'autre (CDXXXV, CDLII), ou des deux côtés (CDXXIX, CDXXXIV, CDXXXVI, CDLXX).

XIX. Les *convulsions* peuvent survenir au début ou à la période ultime, ou, ce qui est plus rare, dans le cours de la maladie. Ce symptôme a été noté 30 fois. Les convulsions ont été générales ou unilatérales, ou plus circonscrites encore, par exemple à un bras, à une main (CDXLIII, CDLV), à un œil (CDLXV); quelquefois, il n'y a que des mouvements désordonnés, choréiformes d'un côté du corps (1); des soubresauts de tendons ont eu lieu (CDXXIX, CDLXI, CDLXXVII).

D'autres fois, ce sont des mouvements involontaires plus ou moins réguliers, comme le roulement de la tête sur l'oreiller (CDXXVI, CDXXVII, CDXLIV), ou une rotation lente des yeux (CDLII, CDLV, CDLXI, CDLXVII, CDLXXIII), ou une sorte de mâchonnement (CDXXVIII, CDLXXIII); souvent, il y a des grincements de dents (CDXXVIII, CDXXXII, CDLIX, CDLXII), ou les dents sont fortement serrées (CDL, CDLII, CDLX, CDLXII, CDLXV).

On a observé une *rigidité générale* (CDXVII, CDXXIV, CDLXXIV), une sorte d'opisthotonos (CDXXVII, CDLVII, CDLX), ou plus particulièrement la roideur du cou (2) entraînant la tête en

(1) Lacombe, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1860, n° 90, p. 21.

(2) Hamernjk regarde cette contracture du cou comme un symptôme des plus constants. Pour la constater, il conseille de mouvoir la tête du malade, et en même temps de regarder l'expression de la physionomie. Prag., *Viertal, schmidt. etc.*, 1845 (half yearly abstracts, t. III, p. 131.)

arrière (CDXXVII, CDXXXII, CDXXXVIII, CDXLVIII, CDLVI, CDLXIII, CDLXXV), la contracture de quelques membres (CDXXI, CDXXIII, CDXXXIV, CDXXXV, CDXXXVI, CDXLVIII, CDLX, CDLXI, CDLXVII, CDLXXXI), ou celle de quelques doigts (CDLVI).

D'après M. Rufz, la rigidité est un symptôme plus fréquent que les convulsions. A la suite de l'un ou de l'autre de ces phénomènes, attestant la surexcitation du système musculaire, surviennent le relâchement, la résolution. Celle-ci peut se manifester dès les premiers jours; elle peut alterner avec la roideur. Elle domine à la fin.

XX. Il peut y avoir *paralysie* du mouvement, souvent temporaire ou même momentanée, et en général partielle. On a noté l'hémiplégie (CDXXVIII, CDXXXIV, CDXXXVIII, CDLV, CDLX, CDLXII, CDLXVII, CDLXXXI), la paralysie des deux membres supérieurs, ou celle d'un bras (CDXXIV, CDXXVII, CDLXV, CDLXXIII), d'une main (CDXXXII); la paralysie a d'autres fois affecté l'un des côtés de la face (CDXXVIII, CDXXXV, CDXLI, CDXLVIII, CDLV, CDLXII, CDLXV, CDLXVII), ou l'une des paupières supérieures, d'où l'occlusion de l'œil de ce côté, tandis que l'autre restait ouvert (CDXXXII, CDXXXIII). Ce symptôme ne doit pas être confondu avec l'inégalité d'ouverture des yeux peu prononcée et alternant d'un côté à l'autre.

XXI. Parmi les phénomènes que présentent les voies digestives dans la méningite granuleuse, le plus remarquable, le plus saillant, est le *vomissement*. Il a lieu au début, se répète pendant quelques jours, puis il cesse généralement. On le retrouve dans 41 des observations relatées. On peut, avec Guersent, le regarder comme un indice assez sûr, quand il coïncide avec la céphalalgie et avec l'altération des traits. Il manque quand la marche de la maladie est rapide (Rilliet et Barthez), ou si l'invasion est insensible, ou si elle est marquée par des convulsions ou le délire.

La *constipation* est un autre symptôme presque général de la méningite granuleuse. Si avant le développement de cette maladie il y avait de la diarrhée, il est très ordinaire

de la voir cesser, à moins que quelque lésion intestinale grave ne l'entretienne.

Les malades ont de l'inappétence, plus ou moins de soif, la langue sèche, le ventre parfois douloureux, mais très rarement météorisé; il est plutôt déprimé.

La déglutition est ordinairement assez facile; mais dans plusieurs cas, elle était très gênée et presque impossible (CDXXXII, CDXXXV, CDXXXVI, CDXLVI, CDLXVIII, CDLV, CDLXI). Cette dysphagie a surtout lieu vers la fin de la maladie.

XXII. La *respiration* ne présente pas d'abord d'altération manifeste. Il a même été constaté que si les malades offraient auparavant des symptômes thoraciques, comme la toux et la dyspnée, ces symptômes se dissipaient dès que la tête paraissait se prendre (Lediberder). Toutefois, l'observation attentive des phénomènes respiratoires permet bientôt d'y reconnaître des modifications assez importantes. Ainsi, les inspirations sont irrégulières; de temps à autre, plus profondes, comme suspirieuses. Elles s'accélèrent; on en compte 30, 36, 40 par minute. Mais parfois, elles se ralentissent; on les a vues réduites à 12 (Barthez et Rilliet). La respiration a paru quelquefois comme suspendue pendant vingt secondes et même pendant cinquante-sept secondes [1]. L'expiration est souvent plaintive, luctueuse, anxieuse.

Il y a quelquefois du hoquet (CDLXI, CDLXII), des bâillements (CDXXVIII, CDXXXII).

On a remarqué la fétidité de l'haleine (CDLXI, CDLXXIV) et l'aspect pulvérulent de l'entrée des narines (CDXXV, CDLXXIII). Vers la fin de la maladie, la respiration devient stertoreuse, mais rarement on voit les joues soulevées par l'air expiré (CDXVI).

XXIII. La méningite a quelquefois débuté avec la *fièvre*. Mais plus souvent, le *pouls* a paru naturel ou lent pendant les premiers jours; puis il s'est accéléré, et a donné 100, 120, 140 pulsations par minute. M. Roger en a compté jus-

[1] Trousseau, dans Thèse de Savouret, p. 14.

qu'à 156 [1]; ce nombre peut être dépassé. Ces changements dans la fréquence du pouls ont vivement attiré l'attention des observateurs; comme on a pu déjà le remarquer, ils ne sont pas propres à la méningite granuleuse.

Rilliet et Barthez ont regardé comme caractéristique l'état vibrant du pouls pendant le temps qu'il se ralentit. Mais les plus grandes variétés ont été remarquées. Tantôt le pouls est dur, vibrant; tantôt petit, mou, facile à déprimer (CDXXIX, CDXLIV, CDL, CDLII, CDLXV). Il n'y a pas de rapport quant à la fréquence entre celle du pouls et celle de la respiration, quand celle-ci s'embarrasse et s'arrête par instants dans le cours ou vers la fin de la maladie.

La circulation capillaire présente quelques phénomènes dignes d'attention. Les vaisseaux de la face s'injectent et se désemplissent tour à tour avec une grande rapidité. Le malade rougit ou pâlit par instants. Lorsque les yeux sont à demi-fermés, la conjonctive offre une bande rouge transversale, correspondant au contact de l'air. En cet endroit, elle se sèche ou se couvre d'une sorte de mucus épais qui se détache sous la forme de filaments quand on écarte les paupières.

XXIV. La *peau* s'injecte et se colore promptement sur les points qui subissent une pression. Ainsi se forme la tache méningitique constatée un assez grand nombre de fois, et qui n'appartient pas plus à une espèce qu'à l'autre, du moins chez les jeunes sujets.

Malgré la facilité avec laquelle les réseaux capillaires s'injectent dans la méningite granuleuse, les hémorrhagies y sont rares; et malgré l'appel du sang vers le cercle supérieur, l'épistaxis ne s'observe presque jamais. M. Barthez et Rilliet n'en ont vu que trois cas. Je n'en trouve qu'un seul dans les observations que j'ai rapportées (CDLX). On n'y a noté l'herpès labialis qu'une fois (CDLXXIV).

XXV. Dans les rares occasions où du sang a été extrait

[1] *Archives*, 4e série, t. VI, p. 160.

des veines, il s'est montré couenneux (CDLXXIV); la fibrine a donné 3 ou 3,4 (CDLXXVIII).

XXVI. La peau est généralement chaude. Elle est souvent sèche; mais vers la fin de la maladie, elle se couvre de sueur, surtout vers la face, le cou, la poitrine. La sueur peut être presque générale aux derniers jours. Elle est chaude ou froide et visqueuse. On a vu des sudamina sur la partie antérieure du tronc (CDLXIX).

XXVII. Si les malades n'avaient que peu maigri avant l'invasion de la méningite granuleuse, dès qu'elle est déclarée, l'émaciation fait de rapides progrès.

XXVIII. La sécrétion urinaire n'offre pas de notables changements. On n'a pas reconnu de modifications dans la composition de l'urine, si ce n'est un excès de phosphates alcalins (CDXL), mais la quantité de ce fluide diminue souvent. Il est retenu dans la vessie ou il est évacué sans que les malades en aient conscience. Les selles sont aussi, dans ce cas, rendues involontairement.

XXIX. Il résulte de cet exposé des symptômes que tous ne se montrent pas avec une égale fréquence ni une égale intensité à toutes les époques de la maladie. De là, la tendance à partager son cours en deux ou trois périodes.

Ce que l'on prendrait pour la première période n'en est souvent, en réalité, que la seconde. Les prodromes sous lesquels se cache le travail lent, mais de plus en plus menaçant, de l'altération granuleuse des méninges, constituent une première et très importante période de la maladie. C'est au moment de l'invasion que se rapporte la période dite *inflammatoire,* c'est à dire le commencement de la méningite. C'est alors que la céphalalgie, les vomissements, les convulsions, le délire, dénotent une surexcitation, un état phlegmasique. C'est à ce moment que le pouls se ralentit ou qu'une fièvre vive a lieu. La dernière période est marquée par l'assoupissement, la résolution, l'affaissement général, la dilatation des pupilles, les évacuations involontaires, la fréquence du pouls, etc.

Quoique continue, la marche de la maladie peut offrir des rémittences très prononcées, même peu de temps avant la mort. La période qu'on pourrait appeler *phlegmasique* ou de *réaction* existe quelquefois à peine, et la mort arrive avant que les phénomènes cérébraux aient eu le temps de se déployer (CDXX, CDXLIX, CDLXVIII).

XXX. La durée de la méningite granuleuse est difficile à déterminer, car le commencement de la maladie demeure toujours incertain. Mais si l'on fait dater la durée du moment où les phénomènes cérébraux se prononcent d'une manière décisive, on peut lui assigner une très grande diversité. On a vu, en effet, la méningite granuleuse se terminer au bout de quelques heures (CDXLIX), trois jours (CDLXX, CDLXXV), cinq jours (CDXLVI), six jours (CDXL), sept jours (CDLXIX), huit jours (CDXXXVIII), neuf jours (CDLII, CDLIII, CDLXIII, CDLXVII, CDLXXII), dix jours (CDXXVII, CDXXXV, CDXLIV, CDLXI, CDLXV), onze jours CDXVII, CDXXXIII, CDLXXVII), treize jours (CDXXXII, CDLV, CDLXXIV), quinze jours (CDXXVIII, CDXXIX), seize jours (CDXXXVI, CDLVII), dix-sept jours (CDLXII, CDLXVI), dix-neuf jours (CDLXIV, CDLXXVI), vingt jours (CDXXXIV), vingt-un jours (CDXVI), vingt-deux jours (CDXLV), vingt-trois jours (CDLXXIII), vingt-six jours (CDLXXXI), vingt-sept jours (CDXLI, CDLIV), trente jours (CDXXIII, CDXLVIII, CDLIX), trente-quatre jours (CDL), un mois et demi (CDXXI).

XXXI. Les recherches cadavériques ont fait reconnaître d'abord les lésions ordinaires de la méningite, déjà indiquées pour les espèces précédentes; puis les altérations spéciales qui caractérisent la méningite granuleuse. Il est inutile de revenir sur les premières; seulement, je ferai remarquer que l'arachnoïde offrait souvent des surfaces sèches ou d'un toucher poisseux, ou elle contenait une certaine quantité de liquide séreux, et elle était opaque, épaisse, injectée. La pie-mère était également épaissie, injectée et infiltrée par un liquide séreux ou séro-sanguinolent, ou gélatiniforme, ou purulent, surtout à la base du cerveau. Or, ces altérations rendent incontestable l'état phlegmasique des méninges.

Les altérations spéciales de la méningite dont il s'agit en

ce moment, résultant de la présence de petits corps d'aspect varié, auquel a été donné le nom de *granulations*, peuvent se présenter sous les aspects suivants.

Ce sont d'abord des corpuscules blanchâtres assez résistants, agglomérés en grappes, aciniformes, ou en plaques mamelonnées, situées sur les côtés du sinus longitudinal supérieur. Les huit premières observations en offrent des exemples. Avec ces granulations se trouvent ordinairement quelques adhérences entre les deux feuillets de l'arachnoïde.

La seconde forme sous laquelle les granulations se présentent est celle de petits corps arrondis, grisâtres, demi-transparents, consistants, de la grosseur d'une tête de petite épingle; ils sont isolés, disséminés ou en groupes, mais jamais agglomérés de la même manière que les précédents. Ils contiennent des éléments fibro-plastiques.

La troisième forme présente des corps moins petits et moins consistants, opaques, et d'une teinte jaunâtre ou d'un blanc terne, surtout au centre. Leur volume est celui d'un grain de millet; on y trouve de la matière tuberculeuse.

Une quatrième forme résulte de l'agglomération et de la confusion de ces derniers corpuscules, qui prennent alors le volume d'un grain de chenevis, d'une lentille, d'un pois; ils sont faciles à écraser; ils se montrent composés de petits fragments inégaux dont l'aspect tuberculeux ne peut être méconnu.

Ainsi, ces quatre formes ont chacune un cachet propre; elles n'occupent pas le même siége, ou, si on veut, n'ont pas le même gisement.

La première variété a une situation subordonnée à celle des corpuscules de Pacchioni. Les suivantes peuvent être répandues sur les divers points de la périphérie de l'encéphale, plus abondamment à la base qu'à la convexité du cerveau. La quatrième appartient surtout aux scissures de Sylvius, aux anfractuosités et à la base du cerveau.

XXXII. Le siége intime, ou, en d'autres termes, le point de naissance de ces granulations, est dans la pie-mère; ainsi,

partout où cette membrane se trouve seule, comme dans les anfractuosités et au fond des scissures, des granulations naissent et se multiplient; toutefois, il est à remarquer qu'on en trouve rarement dans les replis choroïdiens (CDXLIX, CDLXXVI).

D'autre part, il s'en forme en des points où la pie-mère n'existe pas; par exemple, sur les parois des ventricules (CDLIX, CDLXXXIII) ou à la face interne de la dure-mère, sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde (CDLXIX), ou à la surface libre de l'arachnoïde viscérale (CDLXXIII).

Les granulations, dans divers cas, sont superficielles, comme déposées à la surface interne ou libre de la séreuse; on peut les enlever par un léger grattage. Mais alors, sont-ce bien des granulations appartenant à l'une des formes indiquées? Ne seraient-ce pas de simples dépôts granuleux de matière plastique ou de pus concreté? On sait que, d'après quelques auteurs (Senn, Charpentier), les granulations elles-mêmes ne seraient pas autre chose.

D'un autre côté, les rapports de ces granulations avec les vaisseaux sanguins un peu volumineux ont été constatés assez souvent; elles les entourent, leur forment des espèces de gaines et les suivent dans leurs flexuosités (CDXLVIII, CDLIV, CDLXXXI).

XXXIII. Comme je l'ai déjà annoncé, de grandes dissidences ont existé touchant la nature intime de ces granulations, regardées, à première vue, comme tuberculeuses par les écrivains de 1835; plus tard comme formées d'éléments fibro-plastiques (Robin, Bouchut, Empis). Ne seraient-ce que des degrés successifs d'une structure morbide, aboutissant, en définitive, à la constitution tuberculeuse? Les suppositions ne s'arrêtant pas, les granulations n'auraient-elles, comme le prétend M. Charlton-Bastian [1], qu'une origine épithéliale et pour siége premier l'intérieur des gaînes des vaisseaux cérébraux? Ces dissidences prouvent que de nouvelles recherches sont encore indispensables.

[1] *Edinburgh Med. Journal*, april 1867. (*Gazette médicale*, 1867, p. 326.

XXXIV. Une coïncidence très fréquente des granulations méningiennes est un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux. Cet épanchement a été assez abondant dans 39 cas; il a complètement manqué quelquefois (CDLXVII, CDLXXI).

XXXV. Le ramollissement de la substance cérébrale accompagne souvent la méningite granuleuse. Il peut affecter l'ensemble de l'encéphale ou plus spécialement les parties centrales du cerveau.

XXXVI. Un troisième genre d'altération, beaucoup plus rare, est l'infiltration sanguine de quelques points de la masse encéphalique. Seulement la substance corticale a fourni quelques exemples de ces sortes d'apoplexies capillaires (CDXLIX, CDL, CDLXXXI).

XXXVII. Les lésions qu'il importe le plus de noter dans les divers autres organes sont les granulations et les tubercules. La distinction établie pour l'exposition des faits a montré une variété de méningite granuleuse complètement exempte de cette coïncidence; une seconde, marquée par la présence de granulations dans les poumons, dans les plèvres, dans le péritoine, dans la rate, dans le foie, dans les reins, dans le testicule; elles étaient grisâtres, demi-transparentes, assez consistantes, etc. Une troisième variété s'est distinguée par la présence de tubercules dans divers organes avec ou sans granulations. Les organes qui ont offert le plus constamment de la matière tuberculeuse sont les ganglions bronchiques. On ne peut s'empêcher d'y reconnaître une sorte de prédilection; puis viennent les poumons, ensuite la rate, le foie, les reins, les ganglions mésentériques, le péritoine et les parois intestinales, etc. Dans la plupart de ces cas, la tuberculisation frappait deux, trois, quatre, six et jusqu'à neuf organes différents.

9e SECTION. — MÉNINGITE RHUMATISMALE.

Sous le nom de *méningite rhumatismale,* on désigne une inflammation des méninges qui se manifeste à la suite ou

pendant le cours d'un rhumatisme. Que le cerveau ou ses enveloppes puissent s'affecter chez des individus atteints d'arthrite, c'est une notion vulgaire et déjà ancienne. Musgrave est assez explicite en traitant de la céphalalgie, des vertiges, des convulsions, de l'apoplexie et de la paralysie arthritiques; mais il ne fournit rien de précis quant aux lésions produites; il ne mentionne aucune recherche anatomique [1]. Ce genre de document ne commence à dater que du temps de Storck. Dans une épidémie de fièvre qu'il qualifia de *continue arthritique et rhumatismale*, et qui régnait à Vienne en 1760, il trouva chez deux sujets morts après avoir présenté des phénomènes cérébraux, une abondante accumulation d'un liquide épais, jaunâtre, comme gélatineux, dans les plèvres, et, de plus, entre la pie-mère, le cerveau et le cervelet, et dans les ventricules latéraux [2].

Dix-neuf ans plus tard, dans la même école clinique et dans une épidémie analogue, Stoll, indiquant les manifestations et les déviations du principe rhumatismal, signale un individu qui, au quatorzième jour, avait déliré tout à coup et était mort quelques jours après dans un état apoplectique. On trouva beaucoup de sérosité entre les méninges et de la sérosité mêlée de sang au-dessous de la tente du cervelet [3].

Plusieurs auteurs plus modernes ont parlé de la rétrocession de la goutte ou du rhumatisme sur le cerveau, et des conséquences funestes de ce déplacement; mais je ne saisis dans leurs écrits aucun fait exact, positif, confirmé par l'examen des organes.

Pour la première fois, c'est, je crois, en 1843, le nom de *Rhumatisme cérébral* est donné, par M. Hervez de Chegoin [4], aux lésions diverses qui éclatent vers l'encéphale dans le

[1] *De Arthritide anomala*, p. 116. (Sydenham, *Opera*. Genevæ, 1749, t. II.)

[2] *Annus medicus secundus*. Vindobonæ, 1761, p. 119.

[3] Pars tertia *Rationis medendi*. Viennæ-Austriæ, 1780. *Ephemerides*, anni 1779, september, p. 133.

[4] *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 2.

cours du rhumatisme. Cette appellation a de suite été acceptée, malgré ou peut-être à cause du vague qu'elle laisse dans l'esprit; car elle n'indique pas le mode particulier de lésion qu'il importait de faire connaître, et cependant elle exprime une opinion et donne un mot assez commode qui, dans certaines circonstances, permet au praticien de se croire en possession d'un diagnostic; mais un tel diagnostic ne saurait satisfaire le clinicien. Le titre de Rhumatisme cérébral n'est pas plus exact que ne le serait celui de Rhumatisme cardiaque. M. Bouillaud, en spécifiant la nature et le siége des manifestations du rhumatisme vers le cœur, a fait faire un pas réel à la science, et si l'on veut un progrès analogue en ce qui concerne les déviations du rhumatisme vers l'encéphale, il faut déterminer d'une manière précise en quoi consistent les lésions développées dans cet organe sous cette influence.

L'observation en a fait connaître trois sortes. L'une des plus fréquentes est la congestion cérébrale. J'en ai déjà parlé (t. VI, p. 577). Une deuxième se rapporte à l'*état ataxique aigu*, les divers organes encéphaliques ou rachidiens ne portant aucune trace d'altération apparente. Des faits de cette catégorie ont été constatés par Abercrombie (1), par M. Blache (2), par M. Fauvel (3), par M. Vigla (4); j'en possède deux. Ces faits ont conduit quelques médecins à considérer le rhumatisme cérébral comme une névrose (5). Le troisième état morbide que le rhumatisme peut occasionner du côté des centres nerveux est une *méningite*.

Les mots *rhumatisme cérébral* et *méningite rhumatismale* ne sont donc nullement synonymes : le premier est ambigu, puisqu'il s'applique à des états pathologiques très variés; le second, plus précis, ne concerne que l'une des manifesta-

(1) *Maladies de l'Encéphale*, p. 88.

(2) Archambault, *Union médicale*, 1854, p. 63.

(3) Obs. communiquée à M. Cossy. (*Archives*, 1854, 5e série, t. III, p. 293, 302.)

(4) Girard, *Thèses de Paris*, 1862, n° 19, p. 59. — Voyez aussi : Bienfait, *Thèses de Paris*, 1847, n° 96, p. 17; — Andral, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XV, p. 1019.

(5) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. II, p. 724.

tions du rhumatisme affectant l'encéphale; il exprime un ordre de lésions parfaitement déterminé.

La méningite rhumatismale est rare, quoi qu'en ait dit Ferrus, qui cependant n'en put citer qu'un seul exemple, et encore un exemple qu'il n'avait pas lui-même recueilli (1). J'ai pour preuves de cette rareté : 1° l'aveu de Scudamore, qui n'a vu qu'une fois la transmission du rhumatisme aux méninges (2); 2° l'absence totale d'observations émanées de la clinique de Chomel, bien que pendant de longues années il se soit activement occupé des diverses manifestations du rhumatisme (3); 3° la déclaration de M. Bouillaud, qui, jusqu'à la publication de son *Traité du rhumatisme*, n'avait jamais rencontré cette coïncidence de la méningite (4), et qui, plus tard, n'en a vu que quatre ou cinq cas (5); 4° les résultats de ma propre observation, puisque sur les 1,853 faits de rhumatisme recueillis en vingt-trois ans sous ma direction à l'hôpital Saint-André, je n'ai pu mettre la main que sur les deux exemples qui seront relatés plus loin; 5° enfin, comme autre preuve de la rareté de ce genre d'affection, je ferai remarquer le vif intérêt avec lequel fut reçu, en 1852, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, l'exemple, alors assez nouveau, de méningite rhumatismale, recueilli par M. Gosset dans le service de Requin. Ce fait devint l'occasion d'un rapport très étendu de Valleix et de judicieuses communications de la part de MM. Bourdon et Vigla (6). Lorsque M. Gubler, quelques années après, apporta devant la même Société le tribut de ses observations, l'attention fut encore vivement excitée, et un rapport plein d'érudition fut présenté sur ce sujet par M. G. Sée (7).

(1) *Dictionnaire de Médecine ou Répertoire*, 1843, t. XXVII, p. 571.

(2) *Traité de la Goutte et du Rhumatisme*, t. II, p. 264.

(3) *Thèse sur le Rhumatisme*, Paris, 1813, et *Leçons sur le Rhumatisme*, publiées par Requin, 1837.

(4) *Traité clinique du Rhumatisme articulaire*, p. 249.

(5) Auburtin, *Recherches sur le Rhumatisme*, 1860, p. 156.

(6) *Actes de la Société médicale des Hôpitaux*, t. I, p. 79, 90, 98, et 1857, p. 169.

(7) *Union médicale*, 1857, p. 169.

La rareté des cas bien constatés de méningite rhumatismale est donc très réelle. Elle explique le retard apporté à la connaissance de cet état morbide, la tendance à ne voir qu'une névrose dans le rhumatisme cérébral, et la confusion commise en groupant sous ce titre commun des affections de natures diverses, bien que d'origine semblable.

D'après ces réflexions, qu'il suffit, ce me semble, d'émettre sans y insister, l'histoire de la méningite rhumatismale, à peine ébauchée, ne doit encore aujourd'hui s'appuyer que sur des observations très exactes et éclairées par l'examen anatomique. On ne doit nullement chercher à utiliser dans cette étude, soit les cas de rhumatisme cérébral dans lesquels la nécropsie n'a pas été faite [1], soit ceux dans lesquels la guérison a été obtenue [2], les unes et les autres laissant dans le doute sur le mode, le degré ou même l'existence de la lésion présumée.

Les documents exacts, que j'ai pu réunir, se partagent en trois séries, selon le siége occupé par la méningite.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Méningite rhumatismale crânienne.*

CDLXXXIVe OBS. — Fille, douze ans. 11 octobre : exposition aux vicissitudes atmosphériques, frissons, douleurs dans les membres, au dos, surtout à la tête; nausées, vomissements, puis face vultueuse, peau chaude et sèche, langue couverte d'un enduit blanc,

(1) Observations de MM. Hervez de Chegoin (*Gaz. des Hôpit.*, 1843, p. 3); — Vigla (*Actes de la Soc. méd. des Hôpit.*, 1855, 3e fascicule, p. 36, et *Gaz. des Hôpit.*, 1856, p. 177); — Picard (*Gaz. des Hôpit.*, 1856, p. 412); — Pipet d'Issengeaux (*Gaz. des Hôpit.*, 1858, p. 414); — Petit d'Aubignon (*ibidem*); — Boissarie, service de M. Tardieu (*ibidem*, p. 273); — Rouel (*Gaz. des Hôpit.*, 1860, p. 338); — Vignal (*Montpellier médical*, 1859, t. II, p. 208); — Bonifaz et Mazel (*Gaz. des Hôpit.*, 1859, p. 493); — Michel (Thèses de la Fac. de Méd. de Strasbourg, 1863, no 713, p. 43); — Kuhn (*Gaz. méd.*, 1859, p. 172).

(2) Observations de MM. Thore (*Gaz. des Hôpit.*, 1856, p. 522, et *Gaz. méd.*, 1857, p. 68); — Gubler (*Archives*, 5e série, 1857, t. IX, p. 262); — Neucourt (*Union méd.*, 1857, p. 223); — Marrotte (*ibidem*, p. 149, et *Gaz. des Hôpit.*, 1857, p. 170); — Menesson (*Gaz. des Hôpit.*, 1858, p. 202); — Moutard-Martin (*ibidem*. p. 389); — Legroux (*Union méd.*, 1859, t. IV, p. 600); — Adam, Thèses de Paris, 1860, no 94, p. 42; — Bertrand, Thèses de Strasbourg, 1863, p. 21. — Même fait rapporté par Michel, Thèses de Strasbourg, 1863, p. 21.

pouls 120, constipation, soif vive, mauvais sommeil; ni délire, ni spasmes. 19, toux, respiration gênée, pouls 100, 120; assoupissement, face congestionnée. 28, douleur vive dans la cuisse et dans le genou droits, avec tuméfaction. 2 novembre, souffrance générale. inflammation des articulations, sensibilité le long du colon descendant, tête fraîche. 3, les deux membres et surtout les genoux sont affectés; les autres symptômes persistent. 6, pouls faible et filiforme, puis fort et plein; membres moins sensibles; face pâle, anxieuse; langue humide sur les bords. Le soir, excessive irritabilité, rougeur de la face, froid des pieds, pouls imperceptible, pupilles dilatées. Deux heures après coma; et mort le 7. — L'arachnoïde de la face interne de la dure-mère est couverte d'un dépôt épais de lymphe évidemment récente. Effusion considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; l'arachnoïde recouvrant le cerveau n'est pas malade dans une aussi grande étendue, elle présentait aussi des dépôts de lymphe. Pie-mère transparente et de texture ordinaire; l'inflammation était surtout plus vive à la partie supérieure des deux hémisphères, quoique existant dans les autres points. Cerveau sain, ainsi que le péricarde; valvule tricuspide couverte de granulations ou excroissances récentes; petites taches blanches sur la base des valvules mitrale et aortiques; genou droit rempli d'une matière purulente tenace, épaisse, et sa synoviale rugueuse, mais non ulcérée, ni même rouge [1].

CDLXXXVe Obs. — Garçon, seize ans, peu développé et faible. En janvier, douleurs de rhumatisme avec fièvre et tuméfaction des articulations, notamment des genoux, de l'épaule et du coude gauches. Persistance de cet état jusqu'à la fin de mars; pouls fréquent, dyspnée, anxiété, oppression précordiale, battements du cœur tumultueux et secs, bruit assez fort et un peu rugueux au premier temps. Amélioration. 9 avril, céphalalgie très vive et profonde, occupant le front, n'augmentant pas par la pression sur les points d'émergence des nerfs. Chaleur de la peau, pouls 104; langue blanche, nausées, vomissements. Mieux pendant quatre jours, puis douleur vive au flanc gauche, à la base de la poitrine et à la crête iliaque, augmentée par la pression. 16 avril, retour de la céphalalgie, des nausées et des vomissements. 17, altération des traits, stupeur, pupilles dilatées; pouls 60, large, dépressible. 20, céphalalgie intense, pouls 48, irrégulier; alternatives de diarrhée et de vomissements, souffle au premier temps, affaissement, mort le 15 mai. — Dure-mère saine, mais distendue; circonvolutions cérébrales aplaties, feuillets arachnoïdiens légèrement poisseux; pie-mère injectée,

[1] Th. Inman, *Edinb. Med. and Surg. Journal*, 1845, t. LXIV, p. 311.

infiltrée de sérosité, surtout à la base. Plancher du 3e ventricule bombé, fluctuant; il se déchire, et laisse échapper des ventricules moyen et latéraux une grande quantité de sérosité dans laquelle nagent deux ou trois petits flocons d'aspect purulent. Voûte à trois piliers diffluente; corps calleux, corps striés, couches optiques et parois ventriculaires ramollis. Pas de tubercules, pas de lésion du cœur (1).

CDLXXXVIe Obs. — Homme, vingt ans, lymphatique, mais d'une bonne constitution, atteint de rhumatisme il y a dix-huit mois; il travaille dans une cave pendant quelques heures chaque jour. 17 mars, refroidissement subit, douleurs rhumatismales en plusieurs articulations, fièvre intense, soif. 18, respiration gênée, précipitée; matité précordiale, bruit de souffle à la base du cœur et à la pointe. 19, vers midi, agitation extrême, délire violent, pouls fréquent et développé, pupilles contractées, strabisme, contractures dans les membres supérieurs. 20, cessation du délire, persistance des contractures, collapsus, dyspnée très grande, mort. — Valvule mitrale épaisse, rugueuse. Beaucoup de sang dans les vaisseaux de la tête, méninges ayant une teinte bleuâtre, quantité médiocre de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde. Pie-mère très vasculaire, rouge en quelques points, épaissie par un épanchement de lymphe plastique sous-jacente; adhérence de cette membrane à la substance corticale, sérosité assez abondante dans les ventricules cérébraux (2).

CDLXXXVIIe Obs. — Jeune homme atteint de blennorrhagie, douleurs articulaires vagues, puis rhumatisme aigu affectant les poignets, les genoux, le gros orteil, etc. Le neuvième jour, délire et symptômes d'épanchement dans le péricarde; mort le treizième. — Pus dans les articulations affectées, sérosité dans le péricarde; pas de lésion du cœur; pleurésie. Épaississement des méninges au niveau de la partie moyenne de la faux; adhérences avec la substance cérébrale, à la superficie de laquelle se voient des granulations par plaques siégeant dans la pie-mère (3).

CDLXXXVIIIe Obs. — Femme, vingt-un ans; deux anciennes attaques de rhumatisme aigu, suivies d'hypertrophie du cœur avec induration de la valvule tricuspide; pouls, 116-120. Le 5 mars, nouvelle invasion du rhumatisme des articulations tibio-tarsiennes, fémoro-tibiales, radio-carpiennes, huméro-cubitales (saignées, ventouses, caillots couenneux). 16, les douleurs ont à peu près disparu;

(1) Marrotte, *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 473.

(2) Dumoulin, Thèse de Bienfait. (Thèses de Paris, 1847, no 96, p. 34.)

(3) Bouillaud, dans Auburtin, *Recherches sur le Rhumatisme*, 1860, p. 197.

pouls, 92. Du 24 au 28, délire, agitation ; pouls, 124 ; mort le 29.— Méninges très injectées, pie-mère d'un rouge marqué, surtout à la partie supérieure des lobes postérieurs ; deux cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux ; substance cérébrale saine, mais parsemée de gouttelettes de sang aux surfaces incisées ([1]).

CDLXXXIXe Obs. — Jeune homme, douleurs vagues de rhumatisme, pleurésie, péritonite, péricardite, méningite. Mort. — Traces évidentes d'inflammation des méninges ([2]).

CDXCe Obs. — Un marin, âgé de vingt-deux ans, atteint de rhumatisme aigu, combattu par deux saignées. Le 11 janvier, douleurs vagues à la tête, surtout aux tempes et au front, et à l'épigastre ; dyspnée, toux, mouvement involontaire des paupières ; d'ailleurs, pas d'apparence d'état pléthorique ; maigreur, pâleur cuivreuse à la face (par l'effet d'une ancienne variole confluente). Nausées, disposition à la diarrhée. Augmentation de la céphalalgie, sensibilité des yeux, fièvre (émissions sanguines, sang non couenneux), redoublement des douleurs, état furieux. Pendant quelques instants, perte de la parole. Déglutition parfois impossible. Paralysie du côté gauche, assoupissement de temps à autre, mouvements convulsifs, pupilles non dilatées ; injection, rougeur, fixité des yeux ; prostration générale des forces. Mort le 22 janvier. — Vaisseaux du cerveau très distendus par le sang, cerveau et cervelet offrant comme une très fine et forte injection. Surface interne de la dure-mère recouverte par un fluide analogue à la lymphe congulable qui est produite par l'inflammation. Vaisseaux des plexus choroïdes très distendus, confluent des sinus (torcular herophili) plein de sang. Point de sérosité dans les ventricules ([3]).

CDXCIe Obs. — Homme, 22 ans, très robuste. Mai, depuis quinze jours, rhumatisme articulaire aigu, ayant affecté les pieds, les mains, les genoux. Tout à coup, la nuit, le malade se lève et s'agite ; idées incohérentes, face vultueuse, pouls plein et fort (opium, saignée, couenne épaisse). Au milieu du jour, agitation, mouvements désordonnés, yeux brillants, délire violent, cris, pouls petit, mort à huit heures du soir. — Arachnoïde épaissie, opaque, très injectée, tapissée par une couche plastique albuminoïde, et par un nuage opalin aux deux cornes frontales et en d'autres points ; sérosité trouble et fibrineuse dans la grande cavité de l'arachnoïde. Rien de particulier au cerveau, au cœur, aux poumons, etc. ([4]).

([1]) Bouillaud, dans Auburtin, *Recherches sur le Rhumatisme*, 1860, p. 129.
([2]) Racle, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1848, n° 243, p. 34.
([3]) Magenis, *London Medical and Physical Journal*, 1803, t. IX, p. 329.
([4]) Gosset, *Actes de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1852, 2e fascic., p. 80.

CDXCII[e] Obs. — Soldat, vingt-cinq ans, forte constitution. Janvier, refroidissement, rhumatisme articulaire aigu, fièvre intense, agitation. Au cinquième jour, délire, soubresauts des tendons, contraction des pupilles, pouls 120. Saignée, suivie immédiatement de vomissement et de défécation involontaire. Mouvements des membres libres, pouls très petit, 152; respiration suspirieuse; mort. — Injection très forte des méninges, vaisseaux comme variqueux, arachnoïde rouge et sèche; pas d'épanchement à la surface du cerveau, ni dans les ventricules; ramollissement du cerveau et du cervelet; légères traces d'inflammation sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Foie volumineux; muqueuse gastrique épaissie, ramollie, injectée. Articulations saines (1).

CDXCIII[e] Obs. — Élève en pharmacie, âgé de vingt-six ans, habitant un lieu humide. Décembre, rhumatisme articulaire aigu, pouls 120, peau couverte d'une éruption miliaire et de sudamina, toux, céphalalgie frontale, bruit de souffle assez doux au premier temps vers la base du cœur, sang très couenneux. Délire, langue rouge, sèche; tremblement des membres, agitation. Mort le vingt-sixième jour. — Vestiges de péricardite et d'endocardite partielles. Viscères thoraciques et abdominaux à peu près sains. Deux cuillerées de sérosité dans l'arachnoïde. Pie-mère épaissie, injectée à la surface du cerveau, surtout à gauche. Les gros vaisseaux ne sont que partiellement remplis de sang; ils paraissent exsangues de distance en distance, et sont entourés d'un liquide purulent, jaunâtre; ce qui donne à la surface du cerveau une couleur marbrée de rouge et de jaune. Cerveau injecté, sain. Articulations des genoux, des poignets, etc., enflammées (2).

CDXCIV[e] Obs. — Homme, vingt-huit ans, sec, brun, robuste, buveur. Mai, céphalalgie intense sus-orbitaire (saignée du bras), accablement, réponses brusques, conjonctives et peau jaunes, assoupissement, rêvasseries, idées confuses, sensibilité au froid; langue pointue, rouge sur les bords; peau sèche; pouls petit, serré, profond, 120; anorexie, soif, constipation; tuméfaction, inflammation du bras droit, inflammation du genou gauche. Inquiétude; jactitation; vomituritions, état comateux, réponses lentes, respiration luctueuse, urines rares; regard stupide; délire tranquille, loquace; sueur générale, mouvements convulsifs du tronc et des membres, contracture du bras gauche; selles sanglantes, involontaires; strabisme, rotation de la tête sur l'oreiller, carphologie. Mort le onzième jour. — Rigidité cadavérique. Arachnoïde sèche à la convexité et adhérence des

(1) Desguin, *Archives belges de Médecine militaire*, 1861, p. 353.

(2) Leblaive, *Moniteur des Hôpitaux*, 1853, p. 636.

deux feuillets; aplatissement et rapprochement des circonvolutions; granulations rougeâtres dans la pie-mère, vis-à-vis la fosse frontale droite; ventricules contenant six onces de sérosité incolore; lames du septum lucidum écartées, aqueduc de Sylvius élargi; plexus choroïdes unis aux corps frangés et aux pieds d'hypocampe; corps striés et couches optiques aplatis. Ecchymoses et taches dans l'estomac, inflammation dans l'intestin grêle; pus crumeux dans les articulations fémoro-tibiale et ilio-fémorale gauches (1).

CDXCVe Obs. — Pierre Guillento, âgé de vingt-huit ans, né à Barnes (Basses-Pyrénées), domicilié à Bordeaux, conducteur d'omnibus, de stature élevée, de tempérament lymphatique, quoique robuste, éprouve le 18 juin 1840 une douleur vive à la partie latérale et inférieure droite du thorax, de l'oppression et une toux qui augmente la douleur. Il a quelques accès de fièvre, avec chaleur et légère sueur, de la céphalalgie, de l'anorexie, et une grande inquiétude. (Saignée, sangsues au côté, bains). Admis à l'hôpital Saint-André (service de la clinique interne), le 23 juin : persistance des symptômes ci-dessus indiqués; face assez colorée, peau chaude, pouls fréquent, langue couverte d'un enduit muqueux, épais, abdomen dans l'état normal. (Ventouses scarifiées sur le côté douloureux, huile de ricin 80, etc). 27, tuméfaction, douleur à la jambe gauche. (20 sangsues sur les points les plus douloureux.)

Du 1er au 10 juillet, accès de fièvre complets et quotidiens. (Sulfate de quinine 0,60.) 11, disparition complète de la fièvre, recrudescence du rhumatisme, tuméfaction des genoux. 13, gonflement correspondant surtout à la tête du péroné. 15, douleur vive et tuméfaction aux deux genoux et à l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt gauche. (Extrait d'aconit et de gayac āā, 0,10.) 16, exacerbation des douleurs, insomnie, agitation. (Extrait thébaïque 0,05.) 19, rougeur de la face, fréquence du pouls. 20, éruption bulleuse et pustuleuse sur la face et sur les membres, pouls 120, yeux tuméfiés et fermés, langue rouge et sèche. Délire, céphalalgie intense. (Onctions avec l'onguent mercuriel sur les surfaces occupées par l'éruption, potion avec extrait mou de quinquina 4 gr., infusion de serpentaire de Virginie.) 21, langue sèche et jaunâtre, selles diarrhéiques, pouls très fréquent, peau brûlante, respiration stertoreuse; assoupissement. Mort le soir à neuf heures.

Nécropsie. — Maigreur médiocre du sujet, bulles nombreuses mais discrètes, remplies d'une sérosité purulente sur presque toute la surface du corps; peau du front comme gangrenée, petit doigt de la main gauche également sphacélé. Articulations fémoro-tibiales

(1) Fallot, *Journal complémentaire*, 1830, t. XXXVII, p. 309.

remplies par une assez grande quantité de pus mêlé à une synovie altérée, semblable, pour la couleur et la consistance, à du beurre à moitié fondu. Les surfaces articulaires sont dans l'état normal; quelques replis synoviaux sont légèrement hyperémiés. Les articulations tibio-tarsiennes, coxo-fémorales, scapulo-humérales, etc., n'offrent aucune altération. Les aponévroses d'enveloppe des muscles biceps et triceps brachiaux et des gastro-cnémiens recouvrent des petits abcès ou plutôt de grosses pustules. Ces foyers contiennent un fluide sanieux. Ils se trouvent dans les interstices celluleux qui séparent les faisceaux des fibres musculaires.

Vaisseaux des méninges et du cerveau injectés, infiltration sous-arachnoïdienne d'un fluide séreux, trouble; peu de sérosité dans les ventricules, substance de l'encéphale saine.

Poumons libres et crépitants; péricarde et cœur dans l'état normal; foie volumineux, friable; rate d'un rouge lie de vin, diffluente; point de rougeur de la muqueuse gastro-intestinale.

CDXCVI° Obs. — Tanneur, trente-un ans, robuste, ayant eu plusieurs attaques de rhumatisme aigu articulaire. Pendant la dernière, la plupart des articulations sont affectées; fièvre, qui ensuite redouble; oppression, frottement péricardique, délire. Mort le onzième jour. — A la surface interne de la dure-mère du côté droit, large plaque d'un jaune-blanchâtre, très épaisse et comme cartilagineuse. Cette membrane a plusieurs centimètres d'étendue, et se continue en arrière avec une autre membrane légèrement transparente et de formation récente. La première est très peu vasculaire; celle-ci ne présente que quelques rares vaisseaux. Elles sont formées de tissu conjonctif et on n'y trouve aucune effusion sanguine. Pseudo-membrane dans le péricarde (1).

CDXCVII° Obs. — Femme, trente-deux ans, constitution forte, tempérament sanguin; elle a eu douze enfants. Depuis trois ans, abdomen volumineux; chagrins. 26 juin, longue course à pied, fatigue, froid, frissons, vomissements. Troisième jour, douleur et gonflement des articulations. Septième jour, ictère général très pâle, étendu aux sclérotiques. Presque toutes les jointures sont prises; mouvements impossibles, pression extrêmement douloureuse. Rougeur comme ecchymotique de la peau aux poignets et aux cou-de-pieds, analogue à celle de l'angioleucite, sur le trajet des tendons. Tuméfaction très prononcée aux genoux, éruption pustuleuse analogue à celle de l'impétigo sur l'abdomen et les membres inférieurs. Abdomen météorisé avec rénitence de l'épigastre et de l'hypocondre droit. Souffle au premier temps, à la pointe et à la base. Urine sédi-

(1) Lancereaux, *Archives*, 5e série, t. XX, p. 683.

menteuse, pas d'albumine. Neuvième jour, nausées, pouls 120. Dixième jour, subdelirium, excitation, parole brève, anxieuse; face colorée, yeux brillants, pupilles contractées, pouls 136, bruit de souffle fort et rude. *Soir*, diarrhée, délire, pouls 140. Caillot d'une saignée en cupule, couenne épaisse et consistante, sérum jaune, coloré en vert par l'acide azotique. La nuit, délire, agitation extrême. Mort le lendemain matin. — Pus phlegmoneux dans les gaines enflammées des tendons du jambier antérieur et du long péronier latéral droits, du jambier postérieur, et de l'extenseur commun des orteils gauches. Membranes synoviales des articulations tibio-tarsiennes et tibio-fémorales enflammées; synovie altérée. Sérosité rougeâtre et flocons fibrineux dans le péricarde. Valvules aortiques et mitrale rosées, dépolies, injectées. Sur la partie antérieure des hémisphères cérébraux, rougeur vive. Forte injection de l'arachnoïde et de la pie-mère. Substance grise sous-jacente ramollie, rosée. Sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux. Plexus choroïdes infiltrés et vésiculeux. Épanchement ou infiltration de sang dans la paroi antérieure de l'abdomen. Épiploon très adipeux. Foie énorme. Rate très développée et diffluente. Capsules surrénales volumineuses et injectées. Veine cave inférieure distendue par beaucoup de sang liquide et coagulé (1).

CDXCVIII^e Obs. — Homme, trente-cinq ans, atteint depuis cinq jours d'un rhumatisme aigu. Apparition subite d'accidents cérébraux, convulsions, délire, etc. Après une légère rémission sous l'influence de l'opium, recrudescence, et mort au bout de deux jours. — Légère congestion des méninges. Infiltration séreuse de la pie-mère. Ni adhérence avec la pulpe cérébrale, ni ramollissement de celle-ci, ni dépôts plastiques (2).

CDXCIX^e Obs. — Homme, âge moyen, bonne constitution. Depuis quelque temps il est indisposé. 21 mai, gonflement avec rougeur du pouce droit. (Quatre sangsues.) La douleur cesse, agitation, délire. (Saignée, sangsues aux oreilles.) Diminution des symptômes cérébraux, retour de l'inflammation au pouce, rougeur et gonflement considérable de l'avant-bras et du bras. 27, délire, yeux hagards, pupilles dilatées. 28, face colorée, anxieuse; pouls fréquent, assez dur, peu développé. Mort. — Méninges injectées, épaissies, avec un peu de sérosité trouble à la superficie. Quelques onces d'un liquide rougeâtre s'écoulent du canal rachidien. Point de sérosité dans les ventricules. Substance cérébrale assez ferme, légèrement et

(1) Luton (service de M. Gubler), *Archives*, 1857, 5e série, t. IX, p. 268; *Actes de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 1859, 4e fascicule, p. 135.

(2) Moutard-Martin, *Gazette des Hôpitaux*, 1858, p. 177.

généralement piquetée de rouge. Cavité thoracique, rien de particulier. Estomac injecté et piqueté de rouge. Plaques de Peyer apparentes, non enflammées. Membre supérieur droit rouge et gonflé, avec foyers purulents dans le tissu cellulaire, sous l'aponévrose et entre les muscles. Articulations du pouce fortement colorées en rouge à leur intérieur; la rougeur s'étend aux gaînes tendineuses ([1]).

Dᵉ Obs. — Femme, trente-huit ans, blanchisseuse. Treizième accouchement, travail long et pénible, fièvre, délire; coliques et suppression des lochies le septième jour; alors, rhumatisme aigu de plusieurs articulations; en outre, céphalalgie frontale et occipitale; pupille droite contractée, la gauche dilatée; le rhumatisme diminue. Dès ce moment, mouvements convulsifs, tremblement de la lèvre inférieure, surdité; toutefois, bon état de l'intellect; respiration embarrassée, perte de la parole. Mort le vingt-septième jour. — Arachnoïde et pie-mère opaques, épaisses. Exsudation puriforme épaisse, opaque, jaunâtre sous l'arachnoïde. Pas de sérosité dans les ventricules. Pus dans les articulations et dans la chambre antérieure de l'œil droit, dont le corps vitré est opaque et consistant ([2]).

DIᵉ Obs. — Femme, trente-neuf ans. Novembre, douleurs dans les diverses articulations, dissipées en janvier. Quinze jours après, céphalalgie, affaiblissement de la mémoire, bruit de souffle au premier temps, pouls 86, fort et régulier; hémiplégie gauche, face déviée à droite, sensibilité vive dans ce côté, mouvements de la langue et parole libres, intellect conservé, tête et région cervicale très douloureuses. 8 février, assoupissement, soif. 9, pouls 110; *soir*, peau chaude, moite; urines involontaires. 10, réponses difficiles, pupilles resserrées, état semi-comateux, respiration fréquente, pouls 160, filiforme. Mort. — Dure-mère ténue, facile à déchirer, mais saine. Infiltration d'une sérosité opaline un peu louche sous l'arachnoïde, plus abondante du côté gauche. Léger ramollissement du lobe moyen droit à quelques millimètres du ventricule qui est vide et dont les parois sont diffluentes et de teinte verdâtre. Péricarde et gros vaisseaux minces. Plaque laiteuse sur la surface interne du péricarde. Production verruqueuse, vasculaire, sur la valvule mitrale, qui offre des taches blanchâtres résultant d'une endocardite récente ([3]).

DIIᵉ Obs. — Homme, quarante ans, autrefois atteint de rhumatisme, actuellement de maladie du cœur. Délire, hémiplégie, mort.

([1]) Forget, *Gazette médicale*, 1838, p. 757.

([2]) Deslandes, obs. communiquée à Parent-Duchâtelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 380, obs. 79.

([3]) Letellier (service de Sandras), *Gazette des Hôpitaux*, 1856, p. 125.

— Face interne de la dure-mère tapissée du côté gauche, vis-à-vis les branches de l'artère méningée moyenne, par une néo-membrane, mince vers sa circonférence qui est à peu près circulaire, épaisse au centre, composée de couches superposées, grisâtres, tachetées de rouge; elle résiste à la traction et se détache facilement de la dure-mère, qui est au-dessous d'elle lisse, mais amincie et même perforée en quelques points. A l'examen microscopique, traces de tissu conjonctif, quelques rares cellules ou noyaux, des granulations, des grains d'hématosine assez rares, des vaisseaux très peu nombreux. Ramollissement rougeâtre de la partie centrale de la corne postérieure gauche du cerveau. Lésion organique du cœur (¹).

DIII° Obs. — Femme, quarante-deux ans. Il y a dix ans, rhumatisme articulaire aigu. A la fin de janvier, douleurs dans plusieurs articulations. 5 février, gonflement et douleur dans les genoux et les pieds; peau chaude, sudorale; pouls petit, faible, 120; toux quinteuse, expectoration muqueuse, douleurs thoraciques, bruit de souffle rude à la pointe du cœur; au premier temps, bruits un peu sourds, profonds, réguliers; diarrhée. 6, soubresauts dans les membres, disparition de la fluxion rhumatismale. 8, retour incomplet des douleurs, persistance des soubresauts. 11, roideur du cou et de l'épine, pouls peu développé et sans fréquence, délire, agitation furieuse, épanchement pleurétique gauche. 14, délire calme et triste, roideur du tronc et des membres inférieurs. Mort le 17. — Épaississement de la valvule tricuspide, rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, masse calcaire dans la valvule mitrale. Dans la cavité de l'arachnoïde, deux à trois cuillerées de sérosité transparente. Point d'opacité, ni d'épaississement, ni d'infiltration séro-purulente des méninges. Cerveau sain, ventricules vides. Cervelet, moelle allongée, moelle épinière sans altération. Rien d'anormal dans les articulations (²).

DIV° Obs. — Un coiffeur, âgé de quarante-trois ans, pâle et maigre. 17 décembre, refroidissement, rhumatisme articulaire (genoux, cou-de-pied, poignet, doigts); pouls, 80-84; transpirations abondantes. 28, apparition, sur le tronc et les bras, de larges plaques d'urticaire sans démangeaison, agitation, subdelirium, puis stupeur. Du 30 décembre au 4 janvier, diminution de l'éruption et des douleurs; pouls, 88 à 92; sueurs, délire, contractions spasmodiques des muscles de la face; dilatation considérable de la pupille droite, yeux brillants. 5 janvier, délire plus marqué, contractions spasmodiques de tout l'appareil musculaire; pouls, 104. 6, trémulation générale,

(¹) Lancereaux, *Bull. de la Soc. anat.*, 1862, p. 111; *Archives*, 1863, 6e série, t. I, p. 62.
(²) Lemaestre, obs. recueillie dans le service de M. Marrotte. (*Union méd.*, 1853, p. 375.)

sueurs abondantes, urticaire effacée; langue sèche; trois ou quatre selles; délire; néanmoins réponses assez justes. Il n'y a jamais eu de céphalalgie. 7, pouls, 120; respiration, 44; sueurs excessives, tremblements et contractions musculaires, faiblesse extrême, mort. — Rigidité cadavérique; adhérences nombreuses entre les deux feuillets de l'arachnoïde, le long de la partie postérieure de la grande scissure du cerveau; elles sont constituées par des granulations blanchâtres très résistantes. Pie-mère infiltrée de sérosité limpide, qui lui donne l'aspect opalin; ses vaisseaux sont finement injectés. Elle se détache nettement de la surface du cerveau, et offre avec l'arachnoïde une résistance assez notable. Ainsi détachée, elle paraît encore assez injectée; et le côté adhérent offre, vu à contre-jour, un certain nombre de petits points granuleux et transparents. Il se trouve, à la base du crâne, deux ou trois cuillerées de sérosité un peu rougie par le sang échappé des vaisseaux; pas de sérosité dans les ventricules. Au sommet des poumons, cicatrices froncées et granulations crétacées, léger emphysème; sérosité dans le péricarde, sans traces d'inflammation. Cœur sain (1).

Deuxième Série. — *Méningite rhumatismale rachidienne.*

DVe Obs. — Jeanne Doussin, âgée de vingt-deux ans, née dans le département de la Charente, occupée près de Libourne aux travaux des champs, d'une constitution peu robuste, d'un tempérament lymphatique, avait eu ses règles supprimées depuis un mois et demi. L'année précédente, elle avait éprouvé des douleurs dans les lombes. Depuis sept mois, ces douleurs avaient rendu plus pénibles la marche et les divers mouvements du tronc. Ni toux, ni palpitations de cœur; appétit et embonpoint. Entrée le 15 octobre 1843 à l'hôpital Saint-André (service de la Clinique interne), la région lombaire n'offre ni tuméfaction, ni rougeur; mais il y a une douleur vive, qu'augmentent la pression, la flexion et les divers mouvements du tronc. (Liniment volatil camphré, puis quelques ventouses scarifiées, tisane de squine, etc.)

Du 17 octobre au 8 novembre, la douleur diminue, ensuite reparaît. (Un vésicatoire est appliqué sur la partie souffrante, et on le panse avec une pommade contenant de l'hydrochlorate de morphine.) Le vésicatoire étant sec, je fais recouvrir la région lombaire avec un large emplâtre de poix de Bourgogne saupoudré d'un gramme de tartre stibié. La malade ne paraît éprouver aucune modification notable jusqu'au 31; alors des douleurs se manifestent

(1) Legroux, *Union médicale*, 1859, t. IV, p. 596.

dans les genoux; ils se tuméfient comme s'il y avait une augmentation considérable de synovie. Le genou gauche paraît plus malade que le droit; la fièvre se prononce, les douleurs lombaires n'ont point diminué. (Saignée du bras; le caillot est volumineux et présente une couenne épaisse et dense.) La fièvre se calme, mais les symptômes locaux persistent; le genou droit s'affecte davantage, et des douleurs surviennent dans les bras, d'abord dans le gauche, puis dans le droit. L'épigastre est également douloureux; il y a des nausées fréquentes. (Deux ventouses scarifiées sur l'épigastre; vingt sangsues sur le bras gauche; deux cautères sur les lombes; boissons délayantes; extrait d'aconit napel.)

9 novembre, état de la malade de plus en plus grave; elle est couchée en supination; la tête est fortement renversée en arrière; respiration précipitée, battements du cœur très fréquents, mais réguliers et sans bruit de souffle; langue rouge et lisse; diarrhée abondante; les bras sont très douloureux, le gauche cependant un peu moins. Le soir, sueur abondante.

Le 10 au matin, peau chaude, pouls petit et fréquent, respiration très accélérée; lèvres sèches, langue humide, rouge sur les bords et à la pointe; diarrhée; pas de douleur abdominale; délire léger; tuméfaction considérable des bras et des avant-bras; à gauche, la peau est très rouge; état érysipélateux; dans les membres supérieurs, empâtement et point de fluctuation. (Potion avec extrait mou de quinquina āā, 4,0; et extrait thébaïque, 0,03.) Le soir, sueur très abondante, pouls très petit, 50 inspirations; pas de selles, prostration extrême. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Peu d'amaigrissement. Rigidité cadavérique. Taches violacées à la partie postérieure du tronc. Traces livides des veines sur l'abdomen. Tuméfaction considérable et lividité des deux membres supérieurs. Gonflement du genou gauche. Les articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale contiennent du pus. Les membranes synoviales sont épaissies et rouges. Les replis synoviaux sont volumineux et vivement colorés. Le pus de l'articulation scapulo-humérale gauche est en très grande quantité; il a suivi le prolongement synovial qui entoure le tendon du biceps. A l'avant-bras du même côté, sous le long supinateur et dans l'interstice des muscles qui s'attachent à l'épicondyle, existe un foyer purulent diffus, qui a pénétré surtout dans l'épaisseur du court supinateur, et a écarté les fibres de l'extenseur commun des doigts. Les fibres musculaires sont pâles. L'articulation tibio-fémorale gauche contient un liquide jaunâtre, peu épais, visqueux. La membrane synoviale est rouge; les replis synoviaux sont tuméfiés; les cartilages ont aussi, même dans leur épaisseur, une teinte rougeâtre. Le tissu cellulaire sous-

cutané est imprégné d'une petite quantité de pus épais. Les autres articulations présentent une légère rougeur de la membrane synoviale; elles ne renferment pas de pus. Les muscles de la région lombaire sont parsemés de nombreuses ecchymoses.

La dure-mère et l'arachnoïde ne présentent dans le crâne rien de remarquable. La substance cérébrale est consistante. Les ventricules latéraux ne contiennent que peu de sérosité.

La dure-mère rachidienne est rouge et injectée dans toute son étendue, mais sans vestige de suppuration. L'arachnoïde est rouge, depuis la gouttière basilaire jusqu'à la partie inférieure du rachis; elle se détache facilement; elle contient une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. La pie-mère est très injectée. La moelle épinière est d'une blancheur qui contraste sensiblement avec la couleur vive de ses enveloppes. Sa consistance est normale.

Poumons sains. Le péricarde a de la rougeur à sa face interne, mais ne contient que très peu de sérosité. Le cœur a son volume normal; son tissu est mou. La membrane qui tapisse les cavités droites est d'un rouge livide; cette rougeur existe aussi dans la veine cave inférieure, jusque dans l'abdomen. Les cavités gauches ne présentent rien d'anormal, excepté un peu de rougeur à leur membrane interne, rougeur qui s'étend tout le long de l'aorte, et est plus sensible à la paroi postérieure de ce vaisseau que dans les autres points.

Le tube digestif est sain; seulement, vers la fin de l'iléon, la muqueuse offre une légère injection. La rate est volumineuse; elle a 25 centimètres de long sur 10 de large. Son tissu est assez consistant; il a une couleur brune-rougeâtre violacée. Le foie, les reins et l'utérus ne présentent rien de remarquable.

DVI^e^ Obs. — Homme, vingt-trois ans. Il y a trois mois, rhumatisme aigu aux genoux, au poignet droit, aux coudes. En mars, douleurs dans la hanche droite, dans les lombes et dans la jambe droite, avec crampes; urine sédimenteuse. Pas de fièvre. En avril, sensibilité des jambes diminuée, puis exaltée; rétention d'urine, mouvements spasmodiques des membres inférieurs. En mai, paralysie de ces membres; intellect normal jusqu'au dix-huitième jour; alors perte de connaissance et insensibilité. Mort le 29 juin. — Rien de notable dans l'encéphale, fluide cérébro-spinal extrêmement abondant; petite tumeur blanchâtre qui sort du périoste de la deuxième vertèbre dorsale, mais pas assez saillante pour avoir pu comprimer la moelle; celle-ci est molle (1).

(1) Hutchinson, *The Lancet*. (*Gazette médicale*, 1839, p. 696.)

DVII^e Obs. — Homme, vingt-quatre ans, de forte constitution. Attaque de goutte l'année précédente. En janvier, douleur vive des muscles du côté gauche du cou, apyrétique d'abord, puis avec fièvre, ensuite dysphagie, dyspnée; mastication impossible; enfin, face rouge et maigre, yeux cernés, cou fléchi sur l'épaule gauche par la rétraction des muscles cervicaux; mort. — Léger épanchement sanguin sous la dure-mère vertébrale dans la cavité de l'arachnoïde, qui est rouge et pointillée depuis l'atlas jusqu'à la dernière vertèbre cervicale, surtout à la face antérieure et au côté gauche de la moelle; état analogue de la pie-mère au même endroit. Moelle consistante, normale [1].

DVIII^e Obs. — Un emballeur, âgé de vingt-quatre ans, robuste. Il y a cinq ans, fièvre typhoïde, puis douleurs vagues dans les membres supérieurs. 5 janvier, frisson, chaleur, sueur. Le lendemain, sentiment de courbature, douleur vive à la région dorsale du pied droit, impossibilité de se tenir debout. 8, douleur, tuméfaction, rougeur du dos du pied, mouvements de l'articulation tibio-tarsienne libres, douleur sous le mamelon gauche, fièvre modérée, inappétence, langue blanche. 9, nausées, douleur vive le long du rachis, entre les épaules et à la région lombaire; décubitus dorsal, immobilité, opisthotonos. 11, jambes douloureuses, cris aux plus légers mouvements, fièvre, sueur, cessation de la fluxion du pied. 12, rétention d'urine, impossibilité de mouvoir les jambes, à la face externe de la cuisse droite, soubresauts musculaires et tendineux; anesthésie complète du cercle inférieur, mais non analgésie; douleur ressentie quand on pique les parties paralysées; intelligence intacte, insomnie. 13, anesthésie et analgésie jusqu'au niveau de la quatrième côte; toutefois en chatouillant la plante des pieds, les crémasters se contractent. Vomissements, sueur, pouls 104. 14, sentiment de fatigue; le malade veut être relevé; à peine assis sur le lit, syncope, vomissement de matières noirâtres, puis perte de connaissance, suspension de la respiration, pouls filiforme, extrémités froides. Mort peu d'instants après. — Pas de trace du rhumatisme aux membres; congestion des méninges encéphaliques; très peu d'un liquide séro-sanguinolent dans les ventricules latéraux. Dure-mère vertébrale recouverte en arrière à sa face externe d'une matière purulente; de la cinquième vertèbre cervicale à la quatrième dorsale, les méninges sont recouvertes d'un fluide analogue; on trouve plus bas des traces d'une inflammation vive. Ces altérations n'ont pas envahi la face antérieure; elles s'arrêtent au niveau du ligament dentelé. Disposi-

[1] Arrigi, *Annali universali*, 1830. (*Revue médicale*, 1830, t. III, p. 440).

tion d'une membrane fibrineuse assez ferme. Os injectés. La face interne de la dure-mère a son poli naturel, et la moelle son état normal. Cœur sans altération; poumons un peu congestionnés ([1]).

DIX[e] Obs. — Femme, vingt-huit ans. En juillet, depuis six jours rhumatisme aigu du coude droit, du genou, des poignets. 3 août, douleur vive à l'hypocondre droit, avec fièvre. 10, exaspération intermittente des douleurs dans diverses articulations; spasmes, sensibilité exagérée aux jambes, aux bras, à l'abdomen; affaiblissement musculaire des jambes à demi fléchies, et que l'extension rend très douloureuses; pouls 115, petit. 25 septembre (strychnine), spasmes du cou, de la mâchoire inférieure; dysphagie, immobilité, paralysie des membres, sans diminution des douleurs; incontinence d'urine, raison conservée, etc. Mort le 30 octobre. — État exsangue de tous les organes; beaucoup de sérosité dans les méninges rachidiennes, pie-mère fortement injectée, moelle ferme et normale, nerf sciatique rouge et très vasculaire, artères voisines d'un calibre extraordinaire ([2]).

DX[e] Obs. — Femme, soixante-quatre ans. Affections rhumatismales remontant à plusieurs années; rhumatisme articulaire subaigu généralisé. 8 février, articulations vertébrales cervicales, et articulations temporo-maxillaires affectées; pas de céphalalgie. Mort par une eschare au sacrum. — La face interne de la dure-mère rachidienne est jaunâtre, parsemée de points rougeâtres; on y constate une vascularisation assez riche, laquelle appartient à une néo-membrane mince, mais résistante, dont on peut détacher des lambeaux. L'examen microscopique y fait voir un dépôt abondant d'hématoïdine amorphe. Les vaisseaux sont de deux sortes : plusieurs, larges, semblent être des veinules; ils n'ont qu'une tunique; d'autres, plus étroits, ont une membrane musculaire et sont probablement des artérioles. Il y a quelques sugillations peu étendues. La néo-membrane détachée, la surface interne de la dure-mère conserve son aspect naturel ([3]).

Troisième série. — *Méningite rhumatismale encéphalo-rachidienne.*

DXI[e] Obs. — Femme, vingt-deux ans; douleurs rhumatismales depuis trois semaines. 11 avril, douleurs vives à la nuque, à l'épaule, aux lombes, à l'hypogastre; tête renversée en arrière et épine recourbée; muscles du dos roides, frissons, chaleur, agitation,

([1]) Tixier (service de M. Lorrain), *Gazette des Hôpitaux*, 1865, p. 41.
([2]) Hutchinson, *The Lancet*. (*Gazette médicale*, 1839, p. 696.)
([3]) Vulpian, dans Lancereaux, *Archives*, 1863, 6e série, t. I, p. 63.

pouls 148, inspirations 44, toux, langue suburrale, constipation, dysphagie, tremblements, soubresauts, somnolence, intégrité de l'intellect. Mort le quatrième jour. — Sérosité dans les ventricules latéraux. Lymphe coagulable sur le bord postérieur du lobe droit du cervelet et sur les régions dorsale et lombaire du prolongement rachidien, plus en arrière qu'en avant, placée entre la moelle et ses membranes, qui sont très vasculaires ([1]).

DXII° Obs. — Homme, vingt-quatre ans. Il y a trois ans, rhumatisme articulaire et endocardite; deuxième attaque l'année suivante; puis douleurs rhumatismales vagues; chute d'un wagon. 2 novembre, marche vacillante, fièvre, céphalalgie, langue chargée, épistaxis, délire, pouls 88, perte de la mémoire, tête portée en arrière, sensibilité à la région cervicale, hyperesthésie; strabisme interne droit, vision double, hallucinations, tremblement, coma, perte de la parole, dysphagie, paralysie des côtés gauche de la face et droit du corps, tête tirée à droite, insensibilité des pupilles, évacuations involontaires. Mort le 13. — Léger épaississement des méninges sur la convexité du cerveau. Effusion séreuse sous-arachnoïdienne et ventriculaire. Cette altération est plus prononcée et avec état rugueux et comme poreux du tissu des méninges sur le pont de Varole et le bulbe, surtout sur la pyramide antérieure droite. L'épaississement et la fermeté des méninges s'étendent sur la moelle jusqu'à la région dorsale ([2]).

DXIII° Obs. — Femme, vingt-cinq ans, domestique, ayant eu un enfant il y a quatorze mois, non réglée depuis. Juillet, douleurs à la cuisse droite, à la hanche, aux lombes; crampes dans les membres inférieurs; céphalalgie, inappétence; ventre douloureux, ballonné; constipation, teinte ictérique de la face et des sclérotiques; pas de fièvre; douleurs et roideur tétanique le long du rachis, tronc renversé en arrière. (Ventouses scarifiées sur le rachis.) Amélioration; puis face rouge, yeux saillants, fixes; mouvements de la tête très douloureux; pouls fort, vibrant, accéléré. (Moxas à la nuque et aux lombes.) Soulagement; bientôt après, délire, céphalalgie très intense; pouls petit, irrégulier, filiforme; langue sèche, couverte d'un enduit noirâtre; prostration, coma vigil, chaleur, sueur, sensibilité exagérée de la peau, secousses convulsives des membres, bégaiement; enfin, paralysie, résolution complète des membres, puis contracture; hémorrhagie nasale abondante, coma, strabisme. Mort le quarantième jour. — Dure-mère crânienne saine, rachidienne épaissie. Arachnoïde opaque, épaissie, contenant beaucoup de liquide épais, albu-

([1]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 501.
([2]) Bodine, de Trenton, *American Journal of med. Sciences*, 1868, july, p. 151.

mineux, lactescent. Infiltration sous-arachnoïdienne. Pie-mère injectée, d'un rouge vif sur le cerveau, le cervelet et sur toute la longueur de la moelle; moins à la base du cerveau, lequel a conservé sa consistance normale. Ramollissement de la surface de la moelle, surtout aux régions dorsale et lombaire. Coloration lie de vin des plexus choroïdes. Très peu de sérosité dans les ventricules (¹).

DXIV° Obs. — Ancien militaire, droguiste, trente-cinq ans, sanguin, robuste, maigre; douleurs rhumatismales, sciatique. Derniers jours de juin, odontalgie, gonflement de la joue, abcès profond de la région temporale, douleur aiguë à la nuque, très intense la nuit, et s'irradiant dans la tête et aux membres; mouvements du cou presqu'impossibles, néanmoins station debout et marche possibles. Le dix-septième jour, gêne pénible dans la région lombaire, flexion du tronc douloureuse. Au bout de huit jours, diminution de la douleur du cou, augmentation considérable de la douleur lombaire, qui se propage le long du rachis et s'étend aux jambes; rigidité des membres inférieurs. Neuf jours après, la douleur cesse pour quelques heures; mais bientôt survient une roideur tétanique; le cou est renversé en arrière, les pieds sont entraînés en dedans avec la pointe en bas; membres supérieurs libres dans leurs mouvements, pouls très fréquent, irrégulier; sueur, intégrité des facultés intellectuelles, tête toujours roide, rétention d'urine; la sonde provoque une érection permanente; délire, agitation, cris, douleurs vives quand on imprime quelques mouvements au tronc ou aux membres inférieurs, assoupissement, sorte d'état apoplectique. Mort vers le quarantième jour à dater de l'invasion. — Ventricules du cerveau et du cervelet pleins de sérosité, qui, dans ce dernier, est trouble et mêlé de flocons blanchâtres, la cavité elle-même étant tapissée en trois points par une couche pseudo-membraneuse jaunâtre. Encéphale injecté et sans altération. Pie-mère de la base du cerveau légèrement infiltrée. Ecchymose dans l'épaisseur des muscles des gouttières vertébrales de la région dorsale. Collection purulente dans le fond de la région lombaire, communiquant, par un intervalle, entre les lames des troisième et quatrième vertèbres des lombes, avec un foyer situé au-dessous de l'arachnoïde qui recouvre la pie-mère. La moelle est enveloppée par une couche de pus concret, depuis les racines de la neuvième paire dorsale jusqu'au tiers inférieur du renflement lombaire. Mais la moelle elle-même est saine, seulement un peu ramollie (²).

(¹) Meynet (service de M. Devay), *Gazette médicale de Lyon*, 1853, et *Moniteur des Hôpitaux*, 1853, p. 1236.

(²) Champion, dans Ollivier d'Angers, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 256.

Résumé des Observations de méningite rhumatismale.

I. Ces observations, au nombre de 31, ont été recueillies chez 20 individus du sexe masculin et 11 du sexe féminin.

II. 3 avaient douze, seize et vingt ans; 15 étaient âgés de vingt-un à trente ans; 7 de trente-un à quarante ans; 3 avaient de quarante à quarante-trois ans; enfin, un individu avait soixante-quatre ans. C'est donc chez les sujets jeunes et dans l'âge moyen de la vie, que la méningite rhumatismale se manifeste le plus ordinairement. L'enfance et la vieillesse en sont presque exemptes.

III. Plus du tiers des sujets étaient d'une constitution robuste; quelques autres étaient lymphatiques, faibles.

IV. Les conditions générales de la santé première n'ont pas toujours été indiquées avec assez de soin. Voici cependant quelques circonstances qui ont été notées. Une femme, accouchée quatorze mois auparavant, avait, depuis cette époque, cessé d'être réglée. Une autre était au septième jour de son treizième accouchement, et ses lochies étaient supprimées. Une troisième, qui avait eu douze enfants, conservait, depuis la naissance du dernier, un développement considérable de l'abdomen. Une quatrième avait une aménorrhée récente.

V. Tous les malades avaient eu des atteintes de rhumatisme. Chez quelques-uns, c'étaient des attaques antérieures dissipées, mais renouvelées; chez la plupart, la phlegmasie articulaire était récente et à l'état aigu.

VI. Le rhumatisme et la méningite ont parfois paru dépendre de l'impression du froid et de l'humidité. Les cas ont été plus fréquents en hiver qu'en été.

VII. Un individu était adonné à la boisson des spiritueux; un autre avait eu de grandes fatigues et des chagrins.

VIII. La production de la méningite a été attribuée quelquefois au traitement trop actif du rhumatisme, aux saignées copieuses, à l'emploi de l'opium, enfin à de trop fortes doses

de sulfate de quinine. Il est certain que, assez souvent, les accidents cérébraux ont suivi de près une diminution notable des douleurs, survenue presque immédiatement après l'administration de ce dernier médicament ([1]).

IX. Chez plusieurs sujets, le rhumatisme avait déjà envoyé des irradiations vers le cœur ou le péricarde; chez d'autres, on voyait une éruption cutanée ou l'engorgement de quelque membre.

X. L'*invasion* des accidents cérébraux a été ordinairement instantanée et brusque; parfois, elle ne s'est prononcée que successivement.

XI. Dans l'exposition des *symptômes,* il est essentiel de distinguer ceux qui se rattachent à la méningite rhumatismale crânienne, et ceux qui appartiennent à la méningite rhumatismale rachidienne ou cérébro-spinale.

XII. Dans les faits de la *première série,* qui sont au nombre de 21, un des phénomènes notés dès le commencement de la déviation morbide est la céphalalgie. La tête devient plus ou moins douloureuse dans son ensemble, ou plus particulièrement au front, ou aux tempes, ou à l'occiput. La pression exercée sur les points douloureux n'augmentait pas la souffrance; faite avec assez de force sur les nerfs superficiels de la tête, elle n'avait pas d'autre résultat (CDLXXXV). Lorsque le rhumatisme était en pleine activité au moment de l'invasion de la méningite, plusieurs fois les douleurs extérieures ont diminué rapidement, ou même ont été complètement suspendues. La céphalalgie n'accompagne pas constamment l'invasion de la méningite rhumatismale, et cette circonstance est digne d'attention, en ce que la phlegmasie nouvelle ne porte pas le cachet principal de l'ordre d'affection qui l'avait engendrée ou du moins précédée. Quelquefois, l'absence de la céphalalgie est notée d'après le témoignage même des malades (CDLXXXVI, DIV); mais le plus souvent, lorsque cette absence a été remarquée, c'est parce

([1]) M. Auburtin insiste sur cet ordre de causes. (*Recherches sur le Rhumatisme,* p. 111.)

que le délire ou le coma empêchait le malade de rendre compte de ses sensations.

XIII. Le délire est un des symptômes les plus fréquents de la méningite rhumatismale crânienne, puisque, sur les 21 cas qui servent de base à cette étude, il a eu lieu 17 fois. Tantôt il est tranquille, c'est un subdelirium; tantôt il est violent, furieux, accompagné de cris. 9 fois il y avait beaucoup d'agitation. Le délire a été souvent le premier indice de l'invasion de la phlegmasie méningienne.

XIV. L'assoupissement ne s'est montré que rarement au début (CDLXXXVI, CDXCIV); il est survenu plusieurs fois à la fin de la maladie, succédant au délire et à l'agitation.

XV. Des mouvements convulsifs ont eu lieu chez six sujets. En outre, divers phénomènes spasmodiques ont été observés, comme : le tremblement de la lèvre inférieure (D), un mouvement involontaire des paupières (CDXC), les soubresauts des tendons, les tressaillements convulsifs des membres (DIII), une trémulation générale (DIV). On a vu, dans quelques cas, la contracture des muscles des bras (CDLXXXVI, CDXCIV), la roideur de l'épine (CDXCIV, DIII).

XVI. Trois fois il y a eu hémiplégie, et même chez un individu elle a paru dès le début (CDXC, DI DII).

XVII. Chez plusieurs, les yeux étaient hagards, brillants ; chez trois, il y avait du strabisme. Trois sujets avaient les pupilles dilatées, et chez quatre autres elles étaient resserrées. Une fois, la pupille droite était seule dilatée, et une autre fois, pendant que la pupille droite était dilatée, la gauche était resserrée. La surdité existait dans ce dernier cas (D).

XVIII. Cinq malades ont éprouvé des nausées et des vomissements ; plusieurs autres avaient la langue rouge et sèche, et la soif vive. Une fois, la déglutition était à peu près impossible.

XIX. La respiration a été souvent gênée, fréquente, suspirieuse. Il y a eu parfois de la toux.

XX. Des bruits anormaux et divers autres indices déno-

taient une maladie du cœur antérieure et liée au rhumatisme. Le sang tiré des veines était manifestement couenneux chez plusieurs sujets. La lenteur du pouls a été un phénomène rare et passager (CDLXXXV, DIII). Chez presque tous les malades, il y a eu de la fréquence allant jusqu'à 110, 120, et même 136 pulsations par minute.

XXI. On a observé l'état vultueux de la face, quelquefois une teinte légèrement ictérique (CDXCIV, CDXCVII, DXIII). La peau était sèche et humectée de sueur ; elle a présenté des sudamina et une sorte d'éruption miliaire.

XXII. La *seconde série* des faits de méningite rhumatismale siégeant dans le rachis se distingue de la précédente par des caractères assez prononcés : d'abord par l'absence ou le peu de durée, ou le peu d'intensité des phénomènes cérébraux, c'est à dire de la céphalalgie, du délire [1], de l'assoupissement, de la dilatation des pupilles, des vomissements, etc., et par la présence des phénomènes indiquant une irritation intra-vertébrale. C'étaient des douleurs au cou ou à l'épine, ou aux lombes; la roideur du tronc, le renversement de la tête en arrière, la contracture, ou des spasmes dans les régions douloureuses et les mâchoires. On a remarqué des douleurs, des crampes, des mouvements spasmodiques des membres inférieurs, et la paralysie de ces membres et de la vessie. On a noté l'augmentation de la sensibilité cutanée (DVI, DIX).

XXIII. La méningite cérébro-spinale rhumatismale a offert une coïncidence des symptômes de l'une et l'autre localisations; mais dans un cas remarquable, il y a eu succession plutôt que simultanéité des symptômes des méningites rachidienne et crânienne. Ainsi, indépendamment des douleurs appartenant au rhumatisme, il survint des crampes dans les membres inférieurs, des douleurs et une roideur tétanique le long du rachis, puis le renversement de la tête en arrière, ensuite du délire, une céphalalgie très intense,

[1] Il n'y eut que quelques instants de délire, le jour de la mort, chez la malade de l'obs. DV.

une sensibilité exagérée de la peau, des convulsions, la paralysie des membres inférieurs, le coma et le strabisme (DXIII).

Il a donc été possible de reconnaître, dans ces diverses catégories de faits, le siége occupé par la phlegmasie, et, dans ce dernier exemple, d'en suivre les envahissements successifs.

XXIV. La *marche* de la méningite rhumatismale a offert quelques variétés, selon les dispositions individuelles des sujets. Ici, on peut présumer une tendance à l'état typhoïde (CDXCIV); là, on constate des accès fébriles très prononcés et une sorte d'intermittence (CDXCV); ailleurs, c'est une complication d'érysipèle phlegmoneux (CDXCIX) ou de phlébite (CDXCIII). Quelquefois, on n'a pu méconnaître l'influence d'une diathèse purulente (CDXCV, CDXCIX, D, DV).

XXV. La *durée* de la maladie a été très variable, puisque quelquefois elle n'a été que de quelques heures (CDXCII), d'un jour (CDLXXXVI). D'autres fois, elle a été de six (CDLXXXIX), sept, onze, treize jours. Dans d'autres cas, elle ne s'est terminée qu'au vingt-sixième (CDXDIII), au vingt-septième (D), ou au vingt-huitième jour (CDLXXXIV), au quarantième jour (DXIII), et même à la fin du deuxième mois (DIX). Ainsi, la marche de cette maladie peut être très aiguë, aiguë, ou lente et presque chronique; mais, en général, c'est la méningite crânienne qui a la marche la plus rapide, et cette rapidité est en rapport avec le degré d'acuité du rhumatisme qui a été le point de départ des accidents.

XXVI. Les *recherches anatomiques* ont mis hors de doute l'existence d'une méningite plus ou moins étendue.

XXVII. La lésion la plus simple, et qu'on peut regarder comme élémentaire, est l'injection très prononcée des vaisseaux des méninges, la rougeur plus ou moins vive, la sécheresse de l'arachnoïde (CDXCII). La maladie avait eu, dans ce cas, une marche presque foudroyante; dans d'autres cas, les méninges étaient non seulement injectées et rouges, mais encore épaissies dans une étendue plus ou moins

grande. Quelquefois, les feuillets de l'arachnoïde ont offert des adhérences. Parfois, on a trouvé entre eux un liquide plus ou moins abondant. Ce liquide était séreux, limpide ou épais et trouble.

XXVIII. On a vu le feuillet pariétal tapissé par une matière consistante, une sorte de lymphe coagulable (CDLXXXIV, CDXC, CDXCI), ou par des néo-membranes formées depuis une date plus ou moins ancienne (CDXCVI, DII).

XXIX. Sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, s'est trouvée une infiltration séreuse, quelquefois plus abondante d'un côté, tantôt presque limpide, tantôt opaline, ou épaisse comme la lymphe plastique (CDLXXXVI), ou même d'aspect purulent (CDXCIII, D).

XXX. Six fois, on a constaté la vacuité des ventricules; on y a trouvé deux fois un peu de sérosité, trois fois une sérosité abondante; elle était une fois sanguinolente (CDXCVII). Dans un cas, il y avait épendymite (CDLXXXV).

XXXI. Chez quelques sujets, on a vu le cerveau légèrement ramolli à sa surface ou dans un lobe (DI, DII, il y avait eu hémiplégie), ou dans la région centrale. Souvent, la substance encéphalique était saine.

XXXII. Dans les deuxième et troisième séries de faits, les méninges rachidiennes ont présenté des degrés variés d'inflammation. La dure-mère était épaissie (DXIII), tapissée par une néo-membrane (DX). La cavité de l'arachnoïde contenait une sérosité abondante ou un fluide séro-sanguinolent (DV, DVII); cette membrane était rouge, évidemment enflammée, ainsi que la pie-mère (DV, DVII). Le plus souvent, la moelle était saine.

XXXIII. Comme circonstances coïncidentes les plus remarquables, il faut citer les altérations organiques du cœur ou du péricarde; et de plus la présence fréquente du pus dans les articulations, dans les veines (CDXCIV), dans la chambre antérieure de l'œil (D), et dans l'épaisseur des muscles (DCXCV, DCXCIX, DV).

XXXIV. De ce résumé des traits les plus saillants

offerts par la méningite rhumatismale, j'infère que l'existence de cette espèce est pleinement confirmée; que les envahissements du rhumatisme vers le cerveau ne consistent pas seulement en des congestions ou en une simple névrose; qu'ils peuvent y déterminer un état réellement phlegmasique; et que cette phlegmasie s'y démontre par ses produits ordinaires, exsudations séreuse, séro-purulente, néo-membranes, etc.

La gravité de la méningite rhumatismale ne s'explique pas seulement par les altérations qu'elle entraîne; elle se déduit aussi de la marche le plus souvent rapide et comme foudroyante des accidents, et de la disposition pyogénique signalée plusieurs fois; disposition qui atteste, dans cette coïncidence de la méningite, un caractère spécial et plus évidemment inflammatoire que dans les manifestations habituelles du rhumatisme.

10e SECTION. — MÉNINGITE SYPHILITIQUE.

De même que l'on a nosologiquement établi un rhumatisme cérébral, on a voulu constituer une syphilis cérébrale. Je ne conteste pas l'influence de la syphilis sur la production de quelques affections graves du système nerveux; j'admets la possibilité d'une méningite syphilitique, mais j'en demande des exemples positifs. Après des recherches assez multipliées, je ne trouve que ceux qui vont suivre. Ils sont peu nombreux. Je les donne comme pierres d'attente.

DXVe Obs. — Femme, portant au front deux tumeurs gommeuses de nature vénérienne; la tumeur du côté gauche disparaît, laissant une saillie pulsative; convulsions épileptiformes, avec écume à la bouche; assoupissement, pas de paralysie. Mort. — Crâne perforé avec bords réguliers et lisses; à la place des méninges, une membrane épaisse comme du carton, mais dépourvue de résistance; et au-dessous, induration de la substance corticale, ayant la consistance du foie; le reste de l'hémisphère gauche était mou, excepté en arrière, et il y avait au devant du ventricule latéral, une cavité de la capacité d'une petite noix, à parois livides et molles, contenant de

la sérosité, une matière noirâtre et des filaments. La tumeur frontale droite n'avait produit que l'érosion de la table externe de l'os (1).

DXVIe Obs. — Homme, vingt-quatre ans. Syphilis, ictère, céphalalgie, décubitus dorsal, yeux un peu égarés, réponses brèves, brusques, agitation, pouls normal, peau chaude, paroles confuses, incohérentes; agitation, carphologie, coma. — Sérosité s'écoulant à l'ouverture du crâne; à la convexité des hémisphères, surtout à droite, forte injection des méninges, entre l'arachnoïde et la pie-mère; quelques granulations jaunâtres avec points purulents; hépatisation pulmonaire, rougeur de l'intérieur du cœur gauche (2).

DXVIIe Obs. — Femme, vingt-cinq ans, forte constitution. Syphilis et depuis lors, céphalalgies fréquentes, symptômes de fièvre bilieuse, accès tierces avec frisson, chaleur, douleur très forte à l'occiput et aux côtés du cou; quelquefois vomissements, pas de sueur; inutilité du quinquina, des saignées, etc.; vingt-cinquième jour, assoupissement, regard égaré, céphalalgie intense, temporale, intellect obtus, douleurs dans les bras, pouls fréquent, irrégulier, paupières entr'ouvertes, yeux renversés, strabisme, prostration extrême. Mort le trentième jour. — Sérosité dans les ventricules cérébraux, pus verdâtre dans le quatrième et à la partie inférieure des autres, et dans les plexus choroïdes; arachnoïde opaque, épaisse, infiltration purulente dans la pie-mère sous la protubérance et la moelle allongée, et sur la moelle épinière; cerveau sain (3).

DXVIIIe Obs. — Compositeur, trente-quatre ans. Syphilis mal soignée, contractée il y a quinze ans. Chancre et bubon traités par le mercure, qui fait saliver. Après la guérison du chancre et du bubon, il survient des éruptions cutanées, puis une iritis. Cependant le malade se croit guéri et se marie, il y a cinq ans; rigidité et contracture des fléchisseurs de l'avant-bras droit. Après beaucoup de traitements inutiles, emploi avantageux de l'iodure de potassium. Toutefois impossibilité de travailler depuis six mois; intellect affaibli; bientôt après, céphalalgie, répondant au pariétal gauche; convulsions qui se répètent deux fois, face pâle, parole embarrassée, douleur et gonflement à la tête du péroné gauche. Cette douleur est augmentée par la pression, non celle du crâne. L'une et l'autre augmentent pendant la nuit, d'où l'insomnie; pas d'apparence d'inflammation du péricrâne. Persistance de la contracture de l'avant-bras droit, amélioration par l'iodure de potassium pendant deux ans. La céphа-

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. IX, n° 25.
(2) Montault, *Journal hedomadaire*, 1831, t. II, p. 319.
(3) (Service de Récamier.) Deslandes, Thèses de Paris, 1817, n° 119, p. 9.

lalgie reparaît après quelques excès de spiritueux. Tout à coup, convulsions violentes du côté droit. Le lendemain, la connaissance est revenue, mais non la parole. Le côté gauche de la tête est toujours indiqué par le malade comme siége de la douleur. Les attaques convulsives se répètent; la langue est mordue; les urines restent normales. Délire bruyant, douleurs musculaires, faiblesse, engourdissement du côté droit. Une année s'écoule encore, les excès recommencent, et bientôt après les attaques, et la mort. — Embonpoint conservé, os de la région temporale droite très épais, dure-mère un peu épaissie, adhérant fortement à l'arachnoïde et à la pie-mère de chaque côté du sinus longitudinal supérieur; développement des glandes de Pacchioni, opacité de l'arachnoïde, adhérence des méninges à la substance corticale vers la région pariétale gauche, dans la largeur d'un pouce carré. Substance grise des circonvolutions d'une couleur foncée, surtout au voisinage de cette région. Le cerveau y est un peu induré. Infiltration sous arachnoïdienne (1).

DXIXe Obs. — Homme, trente-cinq ans; ancienne syphilis, destruction de quelques os du nez. Novembre, convulsions, surtout du côte gauche, suivies de perte de conscience, se répétant trois fois en trois mois, et laissant l'intellect faible et le caractère irascible. 6 février, cinquième attaque, chaleur, sueur, mouvements convulsifs des muscles volontaires gauches, surtout de ceux de la face. Les muscles du côté droit également affectés, mais à un moindre degré. Pouls fréquent et dur; intellect et sensations en bon état, mais le malade ne peut parler, et il est obligé d'écrire ses réponses; point de paralysie de la face, ni de strabisme; pupille gauche plus large que la droite; membres gauches plus faibles que les droits, et ayant leur sensibilité plus obtuse. 10, augmentation du spasme, constriction au pharynx qui gêne la déglutition; surdité, pouls faible, abcès au coude gauche ouvert, affaiblissement. Mort le 23 février, sans qu'il y ait eu jamais perte de connaissance. — A la surface interne des pariétaux, se trouvent des productions osseuses d'origine ancienne du côté gauche, et récente du côté droit; sous celles-ci s'était formée une fausse membrane sur la face externe de la dure-mére, et dans le même point, à la face interne de cette méninge, une masse épaisse, intimement adhérente, solide, dure, jaunâtre, offrant au microscope la structure fibreuse; les circonvolutions correspondantes étaient déprimées et adhérentes à cette masse. Excepté dans l'endroit où cette compression était exercée, la cavité de l'arachnoïde était occupée sur la convexité de l'hémi-

(1) Todd, *Clinical Lectures*, 2e édit. London, 1861, p. 341.

sphère droit par une membrane brunâtre, demi-transparente, en quelques endroits de couleur de rouille ou jaunâtre. Elle avait tout à fait les apparences d'un caillot de sang répandu quelques mois auparavant, et ayant une forme lamelleuse; elle n'était que lâchement attachée aux feuillets de l'arachnoïde, mais très étroitement unie à la proéminence déjà décrite. Adhérences anciennes entre les hémisphères. Encéphale sain, sans excès de vascularité (¹).

DXX° Obs. — Ouvrier, quarante ans, robuste, syphilis ancienne, nez écrasé, ulcères au palais, exostoses aux jambes, douleurs ostéocopes dans les membres et à la tête; vertiges, surdité de l'oreille droite. Au bout de quelques jours, coma, convulsions épileptiformes. — Méninges de l'hémisphère droit enflammées, épaissies, de consistance lardacée, cohérentes entre elles et au cerveau, à la voûte, et plus encore à la base, principalement vers le rocher droit qui est dénudé. Cet épaississement ayant l'aspect de gommes ou de tumeurs syphilitiques molles, était évidemment formé de lymphe plastique. Cerveau ramolli superficiellement aux mêmes points; hémisphère droit tout à fait sain; légère adhérence du péricarde au cœur, aorte un peu rugueuse. Exostose éburnée sur la crête du tibia (²).

DXXI° Obs. — Homme, quarante-un ans, peu robuste, ancien militaire, ayant eu plusieurs maladies, et principalement la syphilis, qui avait produit des ulcérations aux parties sexuelles et à la gorge, emploi insuffisant du mercure. Maigreur, débilité, yeux tristes, parole lente, lèvres livides, soif vive, pouls petit, faible; marche presque impossible, sommeil agité par des rêvasseries, réapparition des ulcères de la gorge; la tête ne se soutient qu'avec peine; yeux sensibles à la lumière, soubresauts des tendons, mouvements convulsifs, convulsions. — La partie de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux est opaque, épaisse, de couleur perlée; beaucoup de sérosité sous cette membrane et dans les ventricules cérébraux. Plexus choroïdes contenant des vésicules hydatiformes. Foie petit, mou, livide; vésicule biliaire grande; rate volumineuse et compacte (³).

DXXII° Obs. — Homme, quarante-deux ans, fermier, robuste; chancre il y a six ans; guéri au bout de trois semaines par les frictions mercurielles; plus tard, ophthalmie. Douleur à la partie postérieure du crâne, taches rouges sur le dos, ulcères à la gorge et à

(¹) Dickinson, *Trans. of the Pathol. Society of London*, 1862, t. XIII, p. 8.
(²) Rognetta (servite de Rayer), *Annales de Thérapeut. et de Toxicol.*, déc. 1847, p. 338.
(³) Frid. Doerner, *De Hydrocephalo chronico senili*. Wirceburgi, 1826, p. 22.

une jambe (Mercure, sudorifiques). Guérison incomplète, exfoliation d'un fragment osseux près de l'œil droit; ulcérations sur le crâne; l'intelligence s'affaiblit, délire, hémiplégie gauche. — Carie du pariétal droit et du frontal; dure-mère couverte en ce point par une exsudation tenace, brune. Exsudation analogue recouvrant la face correspondante de l'arachnoïde. Au dessous, le cerveau est grisâtre. Centre ovale ramolli et jaunâtre, avec des points d'apoplexie capillaire. Ramollissement du corps strié et du lobe postérieur gauche du cerveau. Carie de l'occipital ([1]).

DXXIIIe Obs. — Homme, quarante-quatre ans, libertinage, syphilis, exostose à une jambe. Paralysie générale, folie, hémiplégie droite, roideur des membres. — Crâne dur, épais; cerveau mou; arachnoïde opaque, comme infiltrée, épaissie ([2]).

DXXIVe Obs. — Soldat; à trente-sept ans, blennorrhagie et adénite inguinale. Traitement mercuriel externe de courte durée. Plusieurs mois après, douleurs profondes dans le côté droit de la tête, puis dans le gauche, au rachis, au bassin, aux membres inférieurs. Au bout de trois ans, deux exostoses sur la bosse pariétale droite, dysurie, etc. Séjour au lit obligé, membres inférieurs très sensibles, spasmodiquement fléchis et contracturés; tronc roide et incliné à gauche. Membres supérieurs libres. Après dix mois, insensibilité graduelle et perte du mouvement de la moitié droite de la face. Vue de ce côté de plus en plus faible. Région temporo-frontale droite souvent très douloureuse. Mastication pénible de ce côté. Paupière supérieure droite incomplètement relevée. Cécité de cet œil, qui est mobile, pupille immobile, cornée et conjonctive insensibles, ainsi que la cavité nasale; mais les odeurs fortes, le tabac, sont parfaitement distinguées. Goût conservé, sensibilité de la bouche égale des deux côtés quant aux saveurs. Ouïe normale des deux côtés. Bouche tirée à gauche. Langue sortant en ligne droite, détérioration des voies digestives, œdème, eschares, cystite, etc. Mort à quarante-cinq ans. — Ramollissement de l'exostose pariétale, sérosité rougeâtre sur l'arachnoïde, adhérences avec la dure-mère au sommet des hémisphères cérébraux, surtout à gauche. Feuillet pariétal de cette séreuse injecté, parsemé de plaques rouges, sanguines, recouvert d'une pseudo-membrane lamelleuse. Ramollissement superficiel des lobes cérébraux, surtout du moyen droit. Altération des nerfs de la cinquième paire; volume augmenté et aspect lardacé de son ganglion. Nerf optique droit atrophié, mou, rose-pâle, depuis la décussation jusque dans l'œil. Adhérence du lobe droit du cervelet avec

([1]) Henry Lee, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1858, t. X, p. 8.
([2]) Observations de Ramon, analysées par Trousseau (*Archives*, t. XV, 1827, p. 572).

la dure-mère. Partie inférieure et postérieure du lobe ramollie, jaunâtre, et en un point détruite superficiellement. Infiltration séreuse sous l'arachnoïde rachidienne. Cordon ramolli du niveau de la sixième vertèbre dorsale à celui de la neuvième, plus à gauche qu'à droite et en avant qu'en arrière. Racines gauches des nerfs spinaux correspondants très altérées. Traces d'inflammation à la partie supérieure du canal sacré. Altération grave du sacrum [1].

11e SECTION. — OTO-MÉNINGITE.

La méningite peut avoir pour point de départ une altération grave de l'oreille interne. On a vu précédemment la phlébite des sinus de la dure-mère provenir de cette cause (t. VI, p. 492). Les observations qui vont être citées font, pour ainsi dire, suite à celles déjà connues et interprétées. Aussi, l'exposition actuelle en sera-t-elle simplifiée. Mais avant d'entrer dans le détail des faits, il est bon de remarquer que l'influence exercée par l'altération de l'organe auditif ne procède pas toujours de la même manière : tantôt c'est par une propagation directe et par un envahissement de proche en proche, du dehors au dedans, et tantôt c'est en laissant à peu près intacts les intermédiaires (la dure-mère et même l'enveloppe osseuse), alors que l'arachnoïde et la pie-mère s'affectent d'une manière très évidente. La plus ordinaire des lésions qui atteignent ces membranes est une exsudation du pus ; quelquefois, c'est la formation d'une fausse membrane ; en un mot, ce sont des lésions qui rendent incontestable l'existence d'une violente méningite. Il faut encore noter cette circonstance importante qu'une otite, une otorrhée, même une carie osseuse, ont souvent duré longtemps sans compromettre la vie du sujet ; mais qu'après cette trompeuse innocuité, par l'effet d'une cause stimulante quelconque, par un simple refroidissement ou par la brusque suppression de l'écoulement oriculaire, les symptômes de la méningite peuvent subitement éclater et

[1] Gama, *Plaies de tête et Encéphalite*, 1835, p. 211.

devenir rapidement funestes. Les observations vont apprendre à se défier de ces maux, en apparence légers, susceptibles de devenir en peu de temps d'une excessive gravité.

DXXVe Obs. — Garçon, sept ans, lymphatique; ophthalmies chroniques, ganglions cervicaux engorgés. En juin, tristesse, irascibilité, céphalalgie, vomissements. 6 juillet, cris, agitation, écoulement séro-purulent par l'oreille droite, selles liquides, ventre douloureux, pouls 88. 8, délire. 9, abattement, pâleur, toux, peau chaude. 11, paralysie du bras gauche, qui est encore sensible. 12, strabisme, face grippée, surtout à droite, pupilles oscillantes, mouvements convulsifs. — Moelle et méninges rachidiennes saines. Sinus de la dure-mère gorgés de caillots de sang. Méninges injectées, rouges, épaissies; et infiltration sous-arachnoïdienne à la convexité des hémisphères, dont la substance est légèrement ramollie et jaune-rougeâtre. Un peu de sérosité dans les ventricules. Méninges de la base saines. Cavité du tympan pleine d'un pus séreux, ayant sa paroi supérieure cariée, ainsi que les cellules mastoïdiennes; mais pas de communication avec l'intérieur du crâne. Tubercules dans les poumons et dans les ganglions bronchiques et mésentériques. Granulations tuberculeuses sous-péritonéales (1).

DXXVIe Obs. — Garçon, neuf ans; otorrhée ancienne, qui venait de se supprimer. Vomissement, fièvre; tête comme retirée, un effort pour la remuer est douloureux; muscles de la nuque dans un état de spasme, face décomposée, maigreur, intellect conservé, réponses possibles, mais bientôt coma. — Oreille interne remplie d'une matière comme caséeuse, avec production fongoïde. Muqueuse du tympan épaisse et granuleuse; mais osselets conservés. Le rocher n'est ni carié, ni ramolli; toutefois, la dure-mère qui le recouvre en est détachée et séparée par un fluide; elle est altérée et perforée, et la surface supérieure du cervelet recouverte d'une matière purulente, qui tapisse aussi la face inférieure de la tente. Cerveau sain. Aucune communication entre l'intérieur du rocher et la cavité du crâne (2).

DXXVIIe Obs. — Garçon, dix ans, scrofuleux; hydropisie générale, diarrhée, paralysie du côté droit de la face, otorrhée du même côté depuis sept ans, douleurs, convulsions, intellect conservé. — Carie du rocher. Nerf facial divisé dans son trajet à travers l'aqueduc de Fallope. Dure-mère perforée vis à vis le vestibule. Pus épanché

(1) Demongeot de Confevron, Thèses de Paris, 1827, no 276, p. 20.
(2) Hutton, *Dublin Pathol. Soc. Lancet*, 1846, p. 694 (half yearly abstract, t. V, p. 265).

dans l'arachnoïde spinale, sans altération sensible des méninges, du cerveau et de la moelle ([1]).

DXXVIII[e] Obs. — Garçon, quatorze ans, robuste, sujet à l'otorrhée; douleur dans l'oreille droite, vomissements, stupeur, téguments autour de l'oreille tuméfiés et sensibles; surdité de cette oreille, qui ne fournit pas d'écoulement; pouls petit et dur, dyspnée, gonflement considérable derrière l'oreille, abcès, qui donne une matière fétide abondante; apophyse mastoïde altérée. Le soir, coma, respiration laborieuse, pouls 180, pupille droite contractée, la gauche dilatée. — Cerveau parsemé de points rouges, mais sain. Deux ou trois onces de sérosité dans les ventricules. Tente du cervelet épaissie à droite, et sa surface inférieure couverte de pus. Os voisins noirs, mais non cariés. Quelques tubercules dans les poumons ([2]).

DXXIX[e] Obs. — Trompette, quatorze ans, paraissant bien portant, mais sujet à une douleur d'oreille et à un léger écoulement depuis dix-huit mois, après s'être exposé au froid et à la pluie. 6 novembre, fièvre, céphalalgie, anorexie, langue chargée. 7, symptômes cérébraux, délire; cependant les réponses sont justes; douleurs à la hanche et aux épaules, pouls 112, dépressible; pupille gauche contractée, la droite lente à se resserrer; peau chaude et sèche, frissonnements passagers, rétention d'urine. 10, perte de la parole, strabisme, injection de la conjonctive, soubresauts des tendons, pouls faible. Mort. — Cerveau très vasculaire, surtout du côté gauche. Infiltration d'une sérosité lactescente sous l'arachnoïde. Substance cérébrale molle et parsemée de taches de sang. Ventricules contenant trois onces de sérosité sanguinolente. Il y en a aussi à la base du crâne et dans le canal vertébral. Face inférieure du cerveau et nerfs qui s'y trouvent couverts de pus. La portion de la dure-mère qui recouvre le rocher gauche est entièrement détachée et noire; cet os est ramolli et verdâtre ([3]).

DXXX[e] Obs. — Jeune homme, seize ans, surdité depuis la scarlatine, abcès dans l'oreille droite après la rougeole, douleur vive dans cette oreille, qui fournit du pus jaunâtre; pouls 60, régulier; pupilles normales; ni délire, ni coma, ni paralysie; pus de l'oreille ayant une odeur qui annonce l'altération des os; fièvre, et bientôt après mort. — Surface supérieure de l'hémisphère droit couverte d'une couche de lymphe coagulable et de pus; entre le lobe postérieur et la tente

([1]) Graves, *Dublin Journ. of med. Sciences*, 1842, january. (*Archives*, 3e série, t. XIV, p. 336).

([2]) William Brown, *Transact. of the med.-chir. Society Edinburgh*, 1834; *Edinb. Journ.*, t. XLII. (*Archives*, 2e série, t. VI, p. 396-7.)

([3]) Parratt, *Medical Times*, 1840, t. I, p. 150.

du cervelet, il y en a trois onces. Cerveau sain. Rocher carié. La dure-mère, en cet endroit, est détachée, noire et ulcérée. Nerf auditif sain (¹).

DXXXIᵉ Obs. — Jeune fille, mal réglée; suppression d'ancienne otorrhée, exposition au soleil de mars. Douleur au front et à l'oreille gauche, plaintes, cris, mouvements de la tête, convulsions de la face, qui est rouge; yeux fermés, sensibles; soif, fièvre avec accès quotidiens, convulsions, coma, pupilles dilatées, mouvements automatiques des mains. Mort. — Hémisphère gauche rouge. Ventricules pleins de sérosité. Lobe gauche du cervelet couvert, ainsi que la moelle allongée, de pus sanieux et fétide. Osselets de l'ouïe disparus. Ulcération du tympan étendue aux cellules mastoïdiennes et au labyrinthe (²).

DXXXIIᵉ Obs. — Homme, vingt ans, cordonnier, constitution délicate, vie régulière. Otorrhée droite depuis huit ou neuf ans, toujours aggravée par le froid et l'humidité. Depuis huit jours, frissons réitérés, pouls 140, petit, mou; lassitudes, céphalalgie, langue sèche, noire au centre, rouge sur les bords. Constipation. Sensibilité exagérée de la peau, stupeur, réponses raisonnables, inquiétude, agitation, puis collapsus. Mort le treizième jour. — Vaisseaux cérébraux pleins de sang, arachnoïde soulevée par une sérosité légèrement opaline. A la face inférieure du lobe droit du cervelet, tache noire, bornée aux membranes. Substance du cerveau légèrement ramollie. Sur le rocher droit, tache blanche au centre, brune à la circonférence; os détruit au dessous. Derrière et sous l'angle de la mâchoire, taches noires le long des vaisseaux. Deux veines avaient une couleur blanche due à l'épaississement de leur membrane interne (³).

DXXXIIIᵉ Obs. — Soldat, vingt-un ans, fièvre dite *putride* arrivée au trente-unième jour. Douleur sourde à la tempe droite et à l'apophyse mastoïde, bourdonnements d'oreille, surdité, écoulement sanieux sanguinolent par le conduit auditif, abcès derrière l'oreille, apophyse mastoïde dénudée, rugueuse, perforée, communiquant avec ce conduit; fièvre, insomnie, angoisses, mouvements convulsifs de la face; cependant, l'ouïe est conservée encore pendant une quinzaine de jours. Alors, délire, embarras de la parole, céphalalgie intense, main sans cesse portée au front. Mort. — Sinus de la dure-mère remplis de concrétions vermiformes, face interne de la dure-

(¹) Powell, *Medical Transactions*, t. V, p. 210.
(²) Hildenbrand, *Annales scholæ Med.* Ticinensis, 1830, t. II, p. 299.
(³) Thomas F. Cock, *American Journal of med. Sciences*, 1852, t. II, p. 373.

mère adhérente en plusieurs points au cervelet par des lambeaux albumineux imbibés d'un liquide gélatineux, jaunâtre; dure-mère noirâtre, percée de deux trous dans la portion qui recouvre la face postérieure du rocher; taches brunes sur cet os; perforation qui s'ouvre dans les cellules mastoïdiennes, comme vermoulues; pus dans les cavités labyrinthiques et la caisse, dont les osselets et la membrane sont détruits ([1]).

DXXXIV[e] Obs. — Femme, vingt-deux ans, mariée, mère d'un enfant, et ayant eu des symptômes de maladie de poitrine. Elle a tenté une fois de s'empoisonner. Elle quitte son mari et en prend un autre quatre mois avant sa mort; mais déjà, elle éprouve des attaques épileptiques. Elle médite le meurtre de son second mari; puis elle a de continuelles nausées et des vomissements, des douleurs de tête et d'oreilles, et un écoulement abondant par l'oreille gauche. Délire, face rouge, gonflement du côté gauche de la face et du cou. Saillie du globe oculaire et ptosis de la paupière supérieure du même côté. Cet œil peut se mouvoir de tous côtés, mais il se porte toujours en dedans. Conjonctive vasculaire; tout l'extérieur de l'œil œdémateux; pupille gauche dilatée et se contractant par l'action de la lumière. Paupière droite et mouvements de l'œil droit naturels; mais la pupille y est dilatée et peu mobile. La malade assure que l'œil dont elle voit le mieux est le *gauche*. Surdité complète de l'oreille gauche, qui fournit un peu de matière; grande difficulté pour ouvrir la bouche et pour avaler, hoquet et légère toux sans expectoration. Dans l'occlusion forcée de la bouche, le côté gauche paraît être le plus faible; pouls régulier, 150; respiration 68. Langue et lèvres sèches et comme rôties. Dysphagie, délire, coma. — Dure-mère adhérente aux os, vers le sommet de l'hémisphère cérébral gauche; sous l'arachnoïde, beaucoup de sérosité sanguinolente. Tente du cervelet du côté gauche très adhérente à la surface supérieure de cet organe et à la base du cerveau; dure-mère couverte par une couche de fibrine jaune, molle. En divisant le cerveau, on voit une multitude de points de sang, et sur l'hémisphère droit, un peu au dessus du corps calleux, une plaque ovale de tissu ramolli, d'une couleur rouge-violacée. Dans les ventricules, beaucoup de sérosité limpide. Les sinus et les veines caverneuses, du côté gauche, contiennent de la fibrine en partie décolorée, adhérant fermement à leurs parois. La veine ophthalmique gauche contient de la fibrine adhérant à ses parois; dans l'orbite, il y a beaucoup de matière purulente qui repousse le globe de l'œil en dehors. Désordre considérable du tympan, avec destruction de sa

([1]) Itard, *Maladies de l'oreille*, 1821, t. I, p. 246.

membrane du côté gauche, mais l'oreille interne est restée intacte. Pleuro-pneumonie. Cœur naturel; reins graisseux ([1]).

DXXXV[e] Obs. — Marie Latour, âgée de vingt-trois ans, native d'Oloron (Basses-Pyrénées), d'abord domestique à Bordeaux, puis fille publique, d'une constitution forte, de stature moyenne, de conformation régulière, douée d'un tempérament sanguin (iris brunes, cheveux noirs, peau brune), avait joui d'une bonne santé et été bien réglée. Il y a deux mois, elle éprouva une céphalalgie intense, principalement du côté droit. Il y eut en même temps surdité complète et otorrhée très abondante du même côté et moindre à gauche. Insomnie. Cette femme entre à l'hôpital Saint-André, service de la clinique interne, le 10 novembre 1843. Elle se plaint surtout de la tête, et attribue les maux qu'elle éprouve à la carie de quelques dents, dont elle souffre aussi. On ôte les dents altérées. La douleur reste la même. Un stylet, introduit dans le conduit auditif droit, pénètre profondément sans rencontrer la membrane du tympan. Il parcourt des surfaces rugueuses, dénudées. Le côté droit de la face a perdu sa motilité. (Injections émollientes dans le conduit auditif et par la cavité gutturale dans la trompe d'Eustachi, sangsues sur l'apophyse mastoïde, vésicatoire au bras droit, un autre à la nuque.) Les douleurs de l'oreille diminuent, ainsi que l'écoulement, mais la paralysie faciale reste la même. — 24 novembre, les douleurs se sont propagées dans tout le côté droit de la tête. L'oreille exhale une odeur fétide. La surdité est absolue. L'immobilité des paupières et de l'angle des lèvres du coté droit persiste. L'intelligence, la sensibilité n'ont subi aucune altération. L'appétit est bon, le pouls normal, la peau naturelle. Les évacuations sont régulières. La langue est un peu rouge. On ne constate ni toux ni douleur dans le thorax. Le soir, on ne remarque aucune exacerbation. — 25, les injections dans l'oreille droite produisent une vive douleur. Elles sont suspendues. L'écoulement est peu abondant. — 26, il y a eu du calme et du sommeil. Peu de céphalalgie. L'odeur de l'oreille est toujours infecte. Du reste, même état. — 28, à trois heures, frissons réitérés, froid aux pieds, céphalalgie violente, pouls concentré, petit, fréquent. — 29, la fièvre a duré toute la nuit; elle continue, ainsi que la douleur du côté droit de la tête. — 1[er] décembre, même état. (Séton à la nuque.) — 3, 4, la malade prétend un peu entendre de l'oreille droite. Le pouls est calme, la céphalalgie toujours intense, l'hémiplégie faciale la même. (Strychnine, 0,03 sur le vésicatoire du bras; pédiluves sinapisés.) — 5, un peu de mobilité dans les paupières droites, mais leur occlusion reste toute-

([1]) J. W. Ogle, *Transact. of the Pathological Society of London*, 1853, t. IV, p. 25.

fois impossible. — Du 6 au 12, même état, fréquence du pouls, toux légère. — 13, fièvre plus prononcée, céphalalgie, vertiges, soif, langue sèche. Écoulement séro-purulent par l'oreille droite, odeur toujours très fétide. Surdité au même point. Toux intense, sans expectoration; insomnie. (Deux pilules de cynoglosse.) — 18, diarrhée, agitation. — 22, otorrhée des deux oreilles; matière purulente épaisse, plus abondante à droite. Sueur pendant la nuit. Pouls peu fréquent pendant le jour. — 3 janvier, élancements dans le côté gauche de la tête, dans l'orbite, à la joue gauche et à la région mastoïdienne. (Cinq sangsues derrière l'oreille gauche; looch avec extrait thébaïque, 0,05.) — 4, chaleur, sécheresse de la peau, pouls petit, fréquent; diarrhée. — Quand la malade se lève, elle a de la peine à se tenir debout. — 23, pouls faible, face pâle, mouvements lents, pénibles; oppression. — 24, prostration extrême, pouls presque imperceptible, abdomen douloureux, gémissements, extrémités froides, toux, respiration précipitée, luctueuse; diarrhée. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Maigreur très prononcée. Point de rigidité cadavérique, légères excoriations sur le sacrum. L'œil gauche est fermé, le droit ouvert. Les conduits auditifs, et principalement le droit, sont remplis de pus épais et jaunâtre. Odeur extrêmement fétide.

Une assez grande quantité de sérosité se trouve dans la cavité de l'arachnoïde. Le feuillet pariétal est tapissé par une fausse membrane qui se détache avec facilité, ayant une certaine épaisseur et de la résistance. Cette production est opaque. On n'y voit pas de vaisseaux distincts; seulement, quelques légères taches rougeâtres. Elle est largement étendue dans les fosses pariétales et temporales. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde offre de l'opacité. La pie-mère est un peu épaissie; elle adhère intimement à l'arachnoïde le long du sinus longitudinal supérieur des deux côtés. Elle s'enlève très aisément de dessus les circonvolutions cérébrales, dont la densité paraît assez grande. La substance grise du cerveau a une teinte jaune-cendré. En le divisant, il en suinte de la sérosité. La substance blanche offre un pointillé rouge très prononcé des deux côtés. Les ventricules latéraux contiennent un peu plus de sérosité qu'à l'ordinaire. Le septum lucidum est sain. La voûte à trois piliers un peu ramollie antérieurement. Les corps striés et les couches optiques sont dans un état normal. La face inférieure du cerveau n'offre rien de notable, ni le cervelet. A droite, le nerf facial est sain depuis son origine jusqu'à son entrée dans le rocher; là, il est baigné par le pus qui remplit l'oreille interne. La membrane du tympan est détruite. Les osselets de l'ouïe ont disparu; le limaçon lui-même est considérablement altéré. Quant aux canaux demi-circulaires, ils

sont remarquablement apparents, le tissu spongieux de l'os qui les environne étant très ramolli et presque détruit. Le rocher, du côté gauche, présente la même altération, mais à un degré moins avancé.

Adhérence intime des deux poumons aux parois thoraciques. Les poumons, dans leurs deux tiers supérieurs, présentent des tubercules à l'état de crudité; quelques-uns sont ramollis et d'autres sont creusés d'excavations et pleins de pus. Le péricarde renferme environ 120 grammes d'une sérosité limpide, légèrement jaunâtre. Le cœur est d'un volume normal; ses cavités et ses orifices sont parfaitement libres. La cavité péritoniale contient en assez grande quantité un liquide séro-purulent, d'un blanc jaune. Quelques concrétions fibrineuses, peu épaisses et molles, tapissent le péritoine, qui, d'ailleurs, est rouge, et offre quelques petites saillies granuleuses, rougeâtres. Cette espèce d'éruption miliaire existe surtout à la surface des intestins grêles.

L'appendice cœcal est très volumineux à son extrémité, qui a une teinte noirâtre; il est dense, ulcéré et perforé. La fin de l'iléon offre de nombreuses ulcérations à bords durs, noirâtres, saillants, et comme fongueux; elles sont très rapprochées les unes des autres. La valvule iléo-cœcale elle-même est épaissie et corrodée à sa surface. Il y a des ulcérations très nombreuses dans le gros intestin. Le foie est un peu volumineux; son tissu est d'un jaune un peu blanchâtre; sa consistance est celle du suif. La rate et les reins sont sains. L'utérus est petit; son col offre une espèce d'éruption miliaire rougeâtre. Les ovaires sont un peu plus volumineux que dans l'état normal; extérieurement, ils sont d'un rouge vif; intérieurement, leur substance est noirâtre.

DXXXVI° Obs. — Militaire, vingt-quatre ans, faible, lymphatique; fièvre, prostration des forces, petitesse du pouls, fuliginosité de la langue, etc.; convalescence longue et difficile. Bourdonnement et suintement épais et sanguinolent de l'oreille droite, absence de la membrane du tympan; cependant, l'air, fortement expiré, la bouche et les narines closes, ne passe pas par l'oreille; ivresse, suivie de céphalalgie temporale et de suppression de l'écoulement. Trois semaines après, fièvre continue avec exacerbations, insomnie, délire, rougeur des conjonctives, pouls dur et fréquent, immobilité du tronc et des membres, mouvement perpétuel de la tête, tiraillement convulsif des muscles du nez et des lèvres, selles involontaires, liquides. Mort au bout de quinze jours. — Sinus de la dure-mère gorgés de sang; cette membrane est détachée des os dans toute la fosse temporale droite et une partie de la fosse occipitale, où se trouve une cuillerée environ d'une sérosité jaunâtre. A sa face interne,

la dure-mère est tapissée par une couche membraniforme de pus très consistant. Arachnoïde très épaisse et distincte de la pie-mère. Celle-ci est recouverte d'une matière purulente à moitié solide. Dans le ventricule latéral gauche, une once de sérosité trouble. Membrane du tympan détruite, et beaucoup de mucus épaissi dans les cellules mastoïdiennes (1).

DXXXVII^e Obs. — Cocher, vingt-huit ans. A quatorze ans, opthalmies rebelles, écoulements d'oreilles opiniâtres, maux de tête. Il y a six mois, congestion cérébrale, céphalalgie plus intense et gravative, délire mélancolique, tentative de suicide en se plongeant un couteau dans le larynx et dans le ventre; état comateux, immobilité pendant cinquante heures. Mort. — Altération du rocher. Couche de pus entre la dure-mère et les os du crâne, vis à vis le lobe moyen gauche. Collection de pus dans la cavité de l'arachnoïde du même côté. Infiltration purulente dans la pie-mère voisine, laquelle est très injectée. Dans les points correspondants, la substance corticale offre des colorations variées de jaune, de vert et de brun, et la substance blanche une teinte d'ocre (2).

DXXXVIII^e Obs. — Homme, trente-quatre ans. Mars, douleur dans le nez et entre les yeux, épistaxis. 25, douleur dans l'oreille droite, insomnie, pouls 54, vomissement, céphalalgie, pouls accéléré, écoulement de sérosité sanguinolente par l'oreille; on constate la destruction de la membrane du tympan, évacuations alvines noirâtres et fétides. Mort le 29. — Sous l'arachnoïde et sur la moitié antérieure de la convexité du cerveau, couche de pus épais. Plaques de pus sur la région postérieure et sur la base du cerveau jusqu'à l'entrée du canal vertébral. Dans les ventricules, une once de sérosité limpide, mais contenant quelques petits flocons d'un blanc jaunâtre. Cerveau normal. Rocher droit injecté. Tympan et labyrinthe remplis de pus; mais osselets intacts. Ethmoïde sain. Entérite et colite intenses, avec fausse membrane (3).

DXXXIX^e Obs. — Homme, trente-sept ans, otorrhée; céphalalgie depuis quarante jours, perte de connaissance, mouvements spasmodiques des bras. Mort le troisième jour. — Pus entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur toute la surface du cerveau et du cervelet. Sérosité dans les ventricules (4).

DXL^e Obs. — Homme; otite droite, douleur vive dans ce côté

(1) Itard, *Maladies de l'oreille*. Paris, 1821, t. I, p. 233.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 79.
(3) Folts et Storer, de Boston, *American Journal of med. Sciences*, 1853, t. II, p. 89.
(4) Chardel, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XI, p. 413.

de la tête, écoulement de pus blanchâtre par l'oreille et par la narine; tout à coup, délire, perte des sens et de l'intelligence, hémiplégie faciale, pupilles dilatées. — Rocher droit carié. Pus dans l'oreille. Corps du sphénoïde altéré. Arachnoïde de la face inférieure du cervelet et de la moelle allongée revêtues d'une couche purulente. Pie-mère sous-jacente infiltrée d'une matière albumineuse concrétée. Substance corticale du cervelet injectée à sa surface ([1]).

DXLI° Obs. — Femme, quarante-cinq ans, otorrhée. Douleur de l'oreille gauche étendue à la tête, fièvre, coma, délire. Mort. — Pus à l'extérieur du cervelet, surtout à gauche. Pie-mère cérébelleuse très injectée. Pus dans l'oreille. Os et cerveau sains. Léger épanchement ventriculaire ([2]).

DXLII° Obs. — Femme, cinquante-trois ans, colique saturnine, congestion cérébrale, calcul vésical, cécité. Depuis un mois, inappétence, excès de vin, indigestion, vomissements, mouvements convulsifs, perte de connaissance. 20 juin, traits altérés, rire sardonique, haleine fétide, lèvre inférieure tremblante, serrement des mâchoires, teinte bleuâtre du collet des dents, rougeur de la langue, flancs douloureux, constipation, respiration accélérée, pouls petit et fréquent, douleur vive dans le côté gauche de la tête, mouvements libres, délire, vomissements verdâtres. 22, bourdonnements d'oreille, suivis d'écoulement de pus par le conduit auditif; calme, pas de délire, soif, inappétence, dysphagie. 25, douleur la nuit, langue rouge, pouls petit, concentré; peau chaude, vomissements bilieux. 27, aggravation. 28, mort. — Un peu de sérosité sous la dure-mère. Arachnoïde brunâtre; sa face interne est couverte de sang. Cerveau ferme, injecté. Ventricules pleins de sérosité roussâtre. Cellules mastoïdiennes remplies de pus, qui s'est propagé dans toute l'oreille moyenne, même dans le canal demi-circulaire inférieur. Estomac couvert d'une matière gluante, grisâtre, et parsemé de taches livides ([3]).

DXLIII° Obs. — Femme, soixante-sept ans, sujette depuis longtemps à un écoulement catarrhal et à des douleurs de l'oreille droite. 6 septembre, le flux s'arrête; douleurs vives dans l'oreille, vomissements bilieux, puis perte de connaissance, tremblement des membres, convulsions de la face, pupilles dilatées, la droite moins contractile que la gauche; abdomen ballonné, déjections involontaires, pouls fréquent, assez développé; gémissements, contraction

([1]) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, t. I, p. 114.
([2]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, obs. xv, p. 80.
([3]) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau* p. 325.

des membres supérieurs, les inférieurs ne sont ni contractés, ni paralysés; agitation. Mort le 8 septembre. — Adhérences de la dure-mère aux os du crâne. Engorgement des veines et des sinus cérébraux. Entre l'arachnoïde et la pie-mère, infiltration purulente qui pénètre dans les anfractuosités. Surface des circonvolutions de couleur rosée. Dans le ventricule droit, sérosité floconneuse, et même du pus à l'extrémité postérieure. Méninges du cervelet dans le même état. L'oreille droite n'est pas exactement étudiée [1].

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA MÉNINGITE.

L'histoire de la méningite va s'appuyer sur les 542 observations qui ont été rapportées avec leurs détails les plus essentiels, sur le sommaire des remarques faites à l'occasion de la méningite cérébro-spinale épidémique, et sur divers faits de guérison dans lesquels l'existence de la phlegmasie méningienne était fort probable, mais non prouvée. Ces derniers ont pour objet principal d'aider à tracer les règles du traitement.

§ I. — Causes de la méningite.

a. — Sexe. — Les résumés ont appris que la méningite est plus fréquente dans le sexe masculin que dans le féminin, puisque le premier a fourni 346 cas, et le deuxième 183. Mais toutes les espèces n'ont pas donné un contingent égal. Les différences sont au contraire assez tranchées; ainsi, la méningite générale, celle de la convexité, et la méningite cérébro-rachidienne, donnent une supériorité très grande au sexe masculin; elle l'est beaucoup moins pour les méningites de la base, dans celles des ventricules et du cervelet. Quant à la méningite granuleuse, c'est le sexe féminin qui l'emporte, surtout chez les sujets qui n'ont pas atteint l'âge de la puberté.

b. — Age. — La méningite est une maladie du jeune âge. Mais cette proposition générale subit, si l'on descend dans

[1] Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 305.

les détails, des variations qu'il est utile de rappeler. Pour les mettre en relief, je rapproche les résultats partiels dans le tableau suivant :

	Scléroméningite.	Méningite cérébrale générale.	Méningite de la convexité du cerveau.	Méningite de la base du cerveau.	Méningite ventriculaire.	Méningite cérébelleuse.	Méningite rachidienne.	Méningite cérébro-spinale sporadique.	Méningite granuleuse.	Méningite rhumatismale.	Méningite syphilitique.	Oto-méningite.	
1 jour à 12 mois.	»	7	5	»	2	»	»	1	3	»	»	»	18
1 à 10 ans.....	1	18	24	20	11	3	1	7	37	»	»	3	125
11 à 20 ans.....	2	19	11	16	4	1	4	9	14	3	»	5	88
21 à 30 ans.....	5	7	16	6	4	1	5	12	8	15	2	5	86
31 à 40 ans.....	5	6	25	5	3	1	1	1	9	7	3	3	69
41 à 50 ans.....	»	8	35	»	5	»	2	7	2	3	4	1	67
51 à 60 ans.....	»	3	18	»	2	1	4	2	»	1	»	1	32
61 à 70 ans.....	2	»	21	»	»	1	»	3	»	»	»	1	28
71 à 80 ans.....	»	1	5	»	1	»	»	»	»	»	»	»	7
81 à 84 ans.....	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
	15	69	163	47	32	8	17	42	73	29	9	19	523

La méningite s'est produite dans le cours de la première année chez 18 sujets, c'est surtout à dater du deuxième mois qu'on l'a vue se manifester; mais dans un cas, elle existait dès le premier jour, elle était évidemment congénitale (CCCLXII). A cette remarquable observation de M. Stoltz, on pourrait en joindre une deuxième dans laquelle la phlegmasie des membranes cérébrales fut évidemment l'effet d'une contusion reçue au huitième mois de gestation par suite d'une chute de la mère [1], et peut-être une troisième due à Billard. Dans celle-ci, les symptômes d'une méningite rachidienne n'éclatèrent que le deuxième jour de la naissance;

[1] Lasserre, de Domme, *Annales de la Médecine physiologique*, t. VI, p. 139.

mais à l'ouverture, on trouva une pseudo-membrane qui dénotait une phlegmasie de plusieurs jours; il y avait en même temps hémorrhagie méningée (1).

Les dix premières années offrent dans la récapitulation qui précède le chiffre de 143 cas, tandis que les périodes décennales suivantes donnent les nombres toujours décroissants de 88, 85, 69, 67, 32, 28, 7 et 3; c'est l'inverse des résultats obtenus à l'occasion de l'hémorrhagie encéphalique, mais cette loi de décroissement n'est pas égale dans toutes les espèces de méningite. Ainsi, la méningite cérébrale générale, celle de la base du cerveau et la méningite granuleuse, sont surtout communes dans l'enfance; les méningites rachidienne, cérébro-spinale, rhumatismale, syphilitique, et l'oto-méningite, appartiennent principalement à l'âge moyen; la méningite de la convexité qui s'observe assez souvent chez les jeunes sujets, est encore fréquente chez les adultes et chez les vieillards.

c. — **Constitution.** — J'ai plusieurs fois fait remarquer qu'il se trouve presque autant de sujets bien constitués, et même robustes et de tempérament sanguin, que d'individus faibles et lymphatiques. Je dois ajouter que les apparences sont parfois trompeuses; par exemple, dans la méningite granuleuse, on voit des enfants qui présentent les dehors d'une constitution forte et d'une santé florissante, être rapidement enlevés, leurs organes étant déjà criblés de granulations et de tubercules dont on n'avait nullement soupçonné l'existence. Les jeunes sujets, doués d'une vive susceptibilité nerveuse, et d'une intelligence précoce, paraissent disposés à la méningite; c'est ce qu'apprend surtout la pratique civile.

d. — **Hérédité.** — Les enfants issus de personnes très nerveuses ou atteintes de vésanies ou d'affections scrofuleuses,

(1) *Maladies des Enfants.* Paris, 1837, p. 671.

ou de tubercules, sont en général disposés à contracter l'une des formes de la méningite; mais c'est surtout à l'égard de la méningite granuleuse que l'on voit ce genre d'hérédité s'exercer.

Plusieurs enfants de la même famille peuvent être successivement et fatalement atteints de méningite, quoique le père et la mère paraissent bien portants. On est obligé de reconnaître alors une sorte de disposition générale, constitutionnelle, très obscure à sa source directe, mais rendue fort évidente par sa propagation collatérale.

e. — Influences atmosphériques. — On a pu très souvent accuser les qualités de l'air, les degrés variés de température, de sécheresse ou d'humidité.

Une chaleur vive, celle surtout des rayons du soleil dirigés vers la tête, a maintes fois été une cause très probable de méningite. C'est lorsque les os du crâne sont encore minces et les cheveux rares, que l'exposition à la chaleur solaire peut devenir funeste. Schmidt, de Lubeck, a vu cette cause agir chez des enfants âgés de moins de dix-huit mois, et produire une méningite constatée par l'autopsie [1], maladie qu'il appelle *siriasis*, en se servant du nom déjà employé par Baillou. (Voyez t. VII, p. 539.) Les mêmes effets ont été observés par Witehead, chez un enfant de cinq mois et chez un autre de deux ans [2]. Ils ont été constatés encore chez des individus moins jeunes, par exemple chez un garçon de quatorze ans, par Morotti [3], et même chez des adultes [4]. Quelques exemples particuliers, appartenant aux catégories des méningites générales, des méningites de la convexité, des méningites granuleuses, ont prouvé les fâcheux effets de l'insolation.

(1) *Journal général*, 1817, t. LXI, p. 79.

(2) *London medical Gazette*, 1844. (*Archives*, 4e série, t. VII, p. 75.)

(3) *Annali universali*, 1835. (*Archives*, 2e série, t. VII, p. 374.)

(4) Pinel, *Nosographie*, t. II, p. 402. — Récamier et Martinet, *Revue médicale*, 1826, t. IV, p. 12, etc.

La méningite n'est pas rare dans les pays chauds. Au Chili, elle a une marche très aiguë (¹). Elle s'observe aussi dans les pays froids et dans les régions tempérées.

Si, pour apprécier l'influence des qualités de l'air, on consulte les époques de l'année où la méningite paraît se produire le plus souvent, on arrive à des résultats qui ne sont pas très tranchés. Ayant emprunté à 288 faits rapportés ci-dessus la date exacte de l'invasion de la maladie, je place les mois notés dans l'ordre de fréquence que voici : Mars, 38 ; février, 32 ; mai, 30 ; juin, 25 ; juillet, 24 ; avril, 24 ; janvier, 23 ; octobre, 22 ; novembre, 21 ; août, 18 ; décembre, 16, et septembre, 15. C'est donc après l'hiver qu'il y aurait eu le plus de cas, et après l'été qu'il y en aurait eu le moins. Mais les différences ne sont pas assez sensibles, et les chiffres employés sont trop restreints, pour établir une donnée générale et positive. Toutefois, n'oublions pas que c'est en hiver qu'a eu lieu le plus souvent l'apparition des grandes épidémies de méningite cérébro-spinale.

f. — **Influence épidémique.** — La puissance et la spécificité de cette influence ont été mises hors de doute par cette longue et mémorable série d'invasions successives que je viens de rappeler. Je n'ajouterai rien aux considérations que j'ai déjà présentées à leur sujet ; mais je dois faire remarquer, qu'indépendamment de ces désastreuses épidémies, il y en a eu quelquefois de moins meurtrières et de plus circonscrites, dans lesquelles les méninges crâniennes paraissaient avoir été seules affectées.

Willis a décrit une maladie qui sévissait, en 1661, sur les jeunes sujets, produisant des vertiges, le délire, des mouvements convulsifs, des soubresauts de tendons, etc., laissant dans les méninges une forte injection vasculaire, des extravasations sanguines, et une inflammation qui, selon

(¹) Lafargue, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XVII, p. 197. — Wilson, *Febrile diseases*, t. III, p. 230.

l'observateur, était la cause des spasmes observés pendant la vie [1].

C'est probablement la même maladie que Sydenham observait de 1661 à 1664 [2].

Une épidémie, mentionnée par Marteau de Granvilliers, semble avoir eu des caractères analogues [3].

Alexandre Boyle a vu, parmi les troupes anglaises débarquées à Melazzo (Sicile), en 1808, sous le soleil ardent de juillet, une épidémie grave, dont les principaux symptômes furent la fièvre, la céphalalgie, les vertiges, une vive sensibilité des yeux, la constipation, la soif, une chaleur très élevée de la peau, la stupeur, la dilatation des pupilles, les mouvements convulsifs, etc. L'autopsie cadavérique fit reconnaître l'engorgement sanguin des sinus et des vaisseaux des méninges, l'effusion d'une certaine quantité de sérosité entre la dure-mère et la pie-mère; des adhérences et du pus. Il n'y est pas fait mention de lésions dans le canal rachidien [4].

En 1819 a régné à Marbourg, surtout parmi les jeunes sujets, une épidémie qui avait tous les traits symptomatologiques et tous les caractères anatomo-pathologiques de la méningite cérébrale générale. Elle a été décrite avec soin par J.-Fr.-Théodore Perez [5].

D'autres épidémies de méningite plus limitées se sont de temps à autres produites. Ainsi, Rilliet a vu près de Genève, en 1848, dans une pension de jeunes filles, quatre personnes atteintes en même temps, et l'une d'elles mourut [6].

g. — Abus des excitants, et surtout des boissons alcooliques. — Tous les excitants qui agissent sur le système nerveux, une

(1) *Pathol. cerebri, de morbis convulsivis*, cap. VIII. *Febris epid. cerebro et nerv. generi infestæ, etc.* (*Opera*. Venetiis, 1720, t. I, p. 233.)

(2) *Opera*, t. I, p. 40.

(3) *Ancien Journal*, t. VIII, p. 277.

(4) *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1810, t. VI, p. 420.

(5) *De Febre hydrocephalica Marburgi æstate anni 1819 grassata*. Marburgi 1819. (*Collectio Dissertationum marburgensium*, fasciculus 7, 1822.)

(6) *Maladies des Enfants* de Barthez et Rilliet, t. I, p. 115.

alimentation trop copieuse ou échauffante, peuvent disposer aux irritations méningiennes.

Parmi les causes de ce genre, il faut placer l'abus des boissons alcooliques. Ce n'est pas seulement de nos jours que les fâcheux effets de ces boissons sur les organes encéphaliques a été constatée. Henricus ab Heers raconte qu'un homme de trente ans, ayant reçu un soufflet, tomba malade, et succomba après avoir éprouvé une céphalalgie très intense. Les amis attribuèrent la mort à cette insulte, et obtinrent l'ouverture du crâne. Les méninges furent trouvées livides et comme gangrenées ; mais le sagace observateur liégeois fit remarquer que ce sujet était adonné aux boissons spiritueuses, et qu'après sa dispute, il s'était toute la nuit abreuvé de vin d'Espagne. C'était là la cause la plus probable de sa maladie et de sa mort (1).

J'ai relevé un grand nombre d'exemples de phlegmasies méningiennes chez les individus adonnés aux spiritueux, surtout chez ceux qui étaient atteints de méningite de la convexité. Cette cause a été vérifiée à Rome par Folchi (2), et à Londres, par Bright, sur un grand nombre de sujets (3).

L'espèce d'intoxication que l'excès du tabac produit a paru quelquefois agir comme cause de la méningite. Ce n'est pas d'aujourd'hui, où cet abus est si répandu, que ce reproche est fait au tabac. Il remonte jusqu'à l'avant-dernier siècle (4).

M. Piedagnel a attribué à des inspirations réitérées d'éther une arachnitis survenue plusieurs jours après (5).

h. — Fatigues physiques. — Les travaux trop pénibles, les longues courses, le port de fardeaux très lourds, surtout si

(1) Henricus ab Heers, *Observ. medicæ oppidò raræ in Spa et Leodii animadversæ, etc.* Leodii, 1631, obs. 17.

(2) *Exercitationes Pathologicæ*, t. II, p. 162.

(3) *Reports of medical Cases*, t. II, p. 23, cases 4, 5, 6, 7, 8, 30, 67, etc.

(4) Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 12.

(5) *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 413.

le poids est supporté par la tête, sont placés parmi les causes de la méningite.

i. — **Travaux intellectuels, affections morales vives.** — La surexcitation nerveuse produite par des travaux intellectuels trop continus, trop prolongés, et surtout les affections morales très vives, peuvent encore provoquer le développement de la méningite, surtout quand existaient déjà quelques prédispositions. Ainsi, une violente colère a pu en faire éclater l'invasion. La peur, chez les jeunes enfants, a eu parfois ce résultat (1); un violent chagrin a produit des effets également funestes (2).

k. — **Excitation génitale.** — On a plusieurs fois attribué la production de la méningite à l'onanisme, aux excès vénériens.

l. — **Antécédents pathologiques.** — Chez les adultes, les maladies qui disposent le plus à la méningite sont les vésanies et la paralysie générale. C'est ce qu'ont montré près de soixante cas de méningite de la convexité et un certain nombre de ceux fournis par la méningite générale, par la méningite ventriculaire et par la méningite cérébro-spinale sporadique.

Les phlegmasies pulmonaires ont souvent précédé la méningite. Montault en a vu un exemple chez un homme de soixante-douze ans (3). Hughes Bennett en a rapporté un autre (4). Ces faits ne sont pas rares.

Les irritations gastro-intestinales ont une influence très marquée sur le système nerveux. La méningite a souvent été le résultat des médications irritantes dirigées vers l'estomac; par exemple, de vomitifs employés intempestive-

(1) Scott, *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1835, april. (*Archives*, 2e série, t. VIII, p. 381.)
(2) Ruller, *Lancette française*, 1829, t. II, p. 113-121.
(3) *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 294.
(4) *Clinical Lectures*, p. 340.

ment. Bright a vu cette maladie succéder à l'entérite, à l'hépatite et à la péritonite.

Les lésions de l'appareil sexuel, surtout chez la femme, ont eu pour effet la stimulation du système nerveux et l'irritation des méninges. Ainsi, on a noté, d'après divers faits, l'influence des états morbides des ovaires (1) et de l'utérus, des dysménorrhées et des aménorrhées sur la production de la méningite.

On connaît la part active que prennent les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse dans la manifestation de la méningite granuleuse. Le rhumatisme a une action étiologique non moins puissante; ainsi que la syphilis, mais dans des occasions moins évidentes et plus rares.

Les exanthèmes aigus doivent encore être désignés parmi les maladies qui ont parfois précédé ou même provoqué la méningite. La rougeole (2), la variole (3), la scarlatine, en ont offert des exemples. J'en ai rapporté plusieurs.

La suppression d'un flux sanguin, comme une épistaxis fréquente chez l'enfant, ou des hémorrhoïdes habituelles chez l'adulte, celle d'un flux séreux ou purulent ancien, ou d'un exanthème chronique, etc., rentrent encore dans l'ordre des causes pathologiques de la méningite. Si l'exanthème était local, affectant le cuir chevelu, l'influence s'augmenterait du voisinage du siége de l'affection. Il est certain que l'érysipèle de la tête est plus souvent l'occasion d'une méningite (4) que s'il était situé ailleurs; que le favus et les autres dermatoses chroniques des téguments du crâne, sont assez fréquemment des agents provocateurs de lésions intra-crâniennes et spécialement de méningite, surtout s'ils sont brusquement arrêtés dans leur cours (5).

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, in-folio, 6e livraison. planche I, p. 4.

(2) Guibert, *Journal complémentaire*, t. XXXI, p. 101.

(3) Broussais, *Annales physiologiques*, t. XII, p. 441.

(4) J. P. Frank, *Interpretationes Clinicæ*, p. 140. — Prus, Bouvier, *Revue médicale*, 1843, t. III, p. 455-456.

(5) Serrière, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. VI, p. 509. — Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 80. — Jadelot, *Bulletin de Thérapeutique*, t. IX, p. 36. — Mercurio, *Annales des Maladies de la Peau*, t. I, p. 220.

On a vu maintes fois l'otite et les désordres graves du rocher et de l'apophyse mastoïde, entraîner des phlegmasies vasculaires et méningiennes; pareilles conséquences ont été causées par des altérations des parois osseuses du crâne, soit du côté de la voûte, soit à la base. Les lésions traumatiques de la tête, affectant soit les téguments, soit les os, compromettent souvent les parties sous-jacentes, d'où résultent des méningites d'une grande intensité. Mais il faut être prévenu que des traumatismes légers, du moins en apparence, une simple contusion du crâne, une plaie contuse superficielle [1] peuvent devenir des causes puissantes de méningite mortelle; comme aussi c'est souvent quand la violence première d'un accident grave est déjà oubliée que les phénomènes cérébraux commencent à se produire.

§ II. — Symptômes de la méningite.

a. — Prodromes. — La méningite est souvent précédée de prodromes qui ressemblent à ceux des autres maladies irritatives de l'appareil nerveux. Ce sont des indices de congestion sanguine vers la tête et de troubles de l'innervation, parmi lesquels figurent la céphalalgie, les douleurs vagues, les engourdissements, l'hyperesthésie, la faiblesse, les vertiges, souvent la tristesse, l'inquiétude, une humeur chagrine, l'insomnie, ou d'autres fois un mauvais état des voies digestives, l'inappétence, les nausées, la diarrhée.

Souvent la santé conserve d'assez bonnes apparences jusqu'au début de la maladie.

b. — Invasion. — L'invasion de la méningite est quelquefois presque insensible, et peu propre à faire soupçonner les graves altérations qui se préparent.

D'autres fois la maladie éclate par des phénomènes plus ou moins saillants. Tels sont : une fièvre vive précédée de frissons, ou un ralentissement marqué du pouls, avec pâleur,

[1] Morlot, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1846, n° 98, p. 11.

abattement des traits, torpeur; une céphalalgie intense ou des douleurs dans l'épine; le délire, ou l'assoupissement, ou une perte complète de connaissance; des convulsions, ou des vomissements, etc., phénomènes qui se continuent ou se reproduisent dans le cours de la maladie.

e. — Symptômes étudiés en particulier. — La *céphalalgie* est l'un des symptômes les plus notables de la méningite. Elle existait souvent pendant les prodromes, et n'a fait qu'augmenter à l'invasion. Elle peut persister pendant plusieurs jours, s'apaisant, s'exaspérant, cessant même parfois; plus souvent, elle est continue. Ce symptôme est l'un des plus fréquents, mais il n'est pas constant. Il a réellement manqué chez des sujets affirmant que leur tête n'était point douloureuse, mais elle a pu n'être pas notée parce que le témoignage des malades faisait défaut comme chez les enfants très jeunes, ou chez ceux plus âgés qui étaient aliénés, ou en délire, ou dans le coma, ou atteints de quelque coïncidence très grave [1].

La céphalalgie est d'autant plus vive que la maladie a un caractère plus inflammatoire, qu'elle tend davantage à la suppuration. Elle est moins intense quand une fausse membrane tend à se former, ou quand il ne doit y avoir qu'une exsudation séreuse.

Elle occupe souvent le front, parfois le fond des orbites, ou les parties supérieures et latérales du crâne; elle peut être sentie à l'occiput. La douleur se prolonge vers la nuque ou le long du rachis, lorsque les méninges sous-jacentes sont affectées.

La céphalalgie augmente par le bruit, l'éclat de la lumière, par les mouvements de la tête; la rachialgie augmente quelquefois par la pression des vertèbres, et presque toujours par les mouvements du tronc.

La douleur de tête a lieu quelquefois avec un sentiment de pesanteur, ou elle est aiguë, lancinante. Elle arrache des

(1) Broussais, *Annales de la Médecine physiologique*, t. XII, p. 212.

cris aux malades, surtout aux jeunes enfants qui n'expriment pas autrement leurs sensations pénibles, ou qui font entendre ces mots : Oh ! *ma tête !* ou simplement des plaintes, des gémissements, des soupirs. Les malades portent souvent leurs mains vers le front ou aux points les plus douloureux du crâne.

Le *délire* est un symptôme fréquent, qui apparaît rarement au début, plus souvent au bout de quelques jours. Il s'observe surtout dans les méningites générales, dans celles de la convexité et dans celles des ventricules. Il est moins ordinaire ou moins intense dans les méningites de la base, dans celles du cervelet, dans la méningite cérébro-spinale, et dans la méningite granuleuse; il est étranger à la méningite rachidienne. On ne l'observe point chez les très jeunes enfants; on n'a pas à le distinguer chez les aliénés. Tantôt il est léger, sourd, tranquille; tantôt violent, accompagné d'agitation, de vociférations, de chants, et dans quelques cas rares d'envie de mordre. Les paroles incohérentes sont tantôt prononcées avec volubilité, avec continuité; tantôt elles sont rares, lentes, embarrassées. Ce n'est quelquefois qu'une mussitation, ou la répétition de quelques mots ou de quelques syllabes dépourvus de sens.

Le délire se suspend souvent. On croit que la raison est revenue, mais bientôt de nouvelles divagations prouvent que le calme mental n'est pas rétabli.

La *perte de connaissance* marque parfois le début de la maladie ; elle est rarement complète ou prolongée; elle ne ressemble pas à l'attaque d'apoplexie, c'est plutôt une défaillance momentanée, un état de stupeur subite, pendant laquelle le malade ne répond pas, et donne à peine quelque signe d'intelligence; quelquefois cependant il peut ouvrir les yeux, et essayer de montrer la langue quand on lui parle à haute voix; il ne cesse de se plaindre si on le remue. Pendant ce temps, le visage est abattu, les traits sont affaissés, les yeux sont fixes, à demi fermés, le corps immobile, et dans le décubitus dorsal.

Cet état n'est quelquefois qu'une sorte de *somnolence ;* on l'observe dans les méningites de la base, dans la méningite granuleuse, surtout chez les très jeunes enfants. Au bout de quelques jours, l'*assoupissement* devient plus profond, il peut alterner avec le délire, ou avec des moments de réveil et de raison, mais plus tard, il l'emporte, et les malades sont plongés dans le coma.

Quelques-uns ont exceptionnellement conservé l'intégrité de leur intelligence jusqu'aux derniers jours; d'autres, arrivés près de l'instant fatal, ont repris leurs sens et recouvré la raison.

La *sensibilité* cutanée peut offrir des modifications très différentes. Quelquefois, elle s'exalte en diverses régions, surtout dans les méningites spinales ou cérébro-spinales, et presque exceptionnellement dans les méningites crâniennes; tandis que l'anesthésie y est assez ordinaire.

Les *yeux* sont tristes, ternes, abattus, ou ils sont ouverts, brillants, rouges, hagards, sensibles à la lumière. Ils sont dirigés d'un côté ou en bas, très souvent en haut; parfois, ils roulent convulsivement ou ils se portent lentement d'un côté puis de l'autre.

Le *strabisme* s'observe dans presque toutes les séries, mais surtout dans la méningite générale et dans la méningite granuleuse.

Les *pupilles* sont le plus souvent dilatées, principalement dans la méningite de la base et dans la méningite granuleuse. Dans la méningite rhumatismale, le resserrement est aussi fréquent que la dilatation. Mais si l'on additionne les résultats partiels que donnent les observations, on trouve que la dilatation des pupilles a lieu dans les quatre cinquièmes des cas, et leur resserrement dans un cinquième. On a vu assez souvent une pupille dilatée, l'autre resserrée, ou les deux resserrées d'abord, dilatées ensuite, ou même présentant des alternatives de dilatation et de resserrement. La vue est trouble, obscure, ou même perdue.

L'emploi de l'ophthalmoscope, pour constater l'état de la

papille, de la rétine et la choroïde, leur degré d'injection ou d'infiltration, et leurs diverses altérations, rendra d'utiles services quand il sera vulgarisé.

La *surdité* est rare. Il y a des tintements, des bourdonnements d'oreilles. L'*anosmie* ne s'est produite que dans quelques cas particuliers.

Les *convulsions* sont un symptôme initial assez commun. Elles accompagnent la perte de connaissance. Elles ont lieu souvent à la fin, et précèdent le moment de la mort. Elles surviennent quelquefois dans le cours de la maladie, surtout dans les méningites cérébrale générale, de la base, des ventricules; principalement pendant la première enfance. Elles se reproduisent par accès, dont les retours sont irréguliers. Souvent, au lieu de convulsions générales, ce ne sont que des mouvements convulsifs, affectant un côté ou un membre, la face, un côté de la face, les yeux, une paupière.

Dans beaucoup de cas, les spasmes se bornent à des mouvements irréguliers de jactitation, ou à des *tremblements* généraux ou partiels, des *soubresauts de tendons*, des *grincements* de dents, ou bien des mouvements lents, mais répétés et alternatifs, comme la rotation de la tête; enfin la carphologie, le crocidisme.

La *rigidité musculaire* accompagne les diverses méningites, surtout les méningites rachidiennes, cérébro-spinales et granuleuse. La tête est souvent tirée en arrière, parfois inclinée d'un côté ou de l'autre; le tronc est dans une tension tétanique. Le *trismus* n'est pas rare.

La *contracture* peut affecter un ou plusieurs membres; celle des inférieurs est fréquente dans la méningite rachidienne.

La *paralysie* ne se manifeste presque jamais au commencement de la méningite. Elle survient pendant son cours, surtout dans les méningites générale et de la convexité. Elle est plus rare dans celles de la base, des ventricules et du cervelet. C'est l'*hémiplégie* qu'on observe le plus sou-

vent. Elle se montre dans la méningite granuleuse. On a vu parfois la paralysie des membres supérieurs ou celle des membres inférieurs. Il peut y avoir résolution des quatre membres. D'autres fois, la paralysie est bornée à un côté de la face, à une paupière. On a vu la *paralysie alterne,* et quelquefois une succession ou une coïncidence de paralysie et de convulsions.

Les nausées et les *vomissements* se montrent au début, principalement dans la méningite granuleuse, dans la méningite générale, dans celles de la base et des ventricules, moins dans celle de la convexité et plus rarement dans les méningites cérébelleuse, rachidienne et rhumatismale.

Les malades ont de la soif, de l'inappétence, de la constipation. Le ventre est, en général, déprimé. Vers la fin de la maladie, la déglutition est gênée.

La *respiration,* peu altérée dans les premiers jours, devient inégale, irrégulière, fréquente, suspirieuse, singultueuse, stertoreuse.

On a remarqué la lenteur du *pouls* au début ou dans les premiers jours, surtout dans les méningites granuleuse, générale, de la base et des ventricules; plus rarement dans celle de la convexité, etc. Le pouls devient ensuite très fréquent.

La *fièvre* a eu lieu dès l'invasion, surtout quand la méningite était très aiguë et tendait à se terminer par suppuration.

Quelques recherches ont été faites sur l'*état du sang* dans la méningite, et elles ont appris que cette phlegmasie, même dans l'espèce appelée *granuleuse* et *tuberculeuse,* s'accompagne d'une augmentation notable de fibrine. M. Andral l'a aussi vérifié dans la méningite cérébro-spinale ([1]), et Monneret dans une méningite générale, avec infiltration purulente, qui avait pris l'aspect d'une fièvre typhoïde ([2]).

Dans la méningite, la *température* de la peau est ordinairement élevée. La main, appliquée sur le front, le trouve

([1]) *Essai d'Hématologie,* p. 93.

([2]) *Revue médicale,* 1843, t. III, p. 452.

chaud, même quand la fièvre ne paraît pas excessive. M. Roger a mesuré le degré thermométrique dans la méningite cérébro-spinale, et l'a vu monter de 36,25 à 37,25, et de 38,25 à 39 (1).

Dans la méningite épidémique, le thermomètre, sous l'aisselle, a marqué chez le même sujet 26, puis 29 degrés (2).

La *peau* est assez colorée dans les premiers jours, les pommettes sont rouges, les yeux sont injectés, surtout dans la méningite générale, dans celle de la convexité, et souvent dans celle de la base; tandis que la face est pâle dans beaucoup de cas de méningite granuleuse. Facilement aussi, le visage rougit et pâlit alternativement des deux côtés ou d'un seul.

On a nommé *tache méningitique* la rougeur qui se produit instantanément sur la peau de la face, du cou, du tronc, des membres, lorsque, avec les doigts, on la presse en frottant légèrement. Il se produit une subite injection des capillaires superficiels. Ce phénomène a été signalé par Trousseau dès l'année 1843 (3). Les élèves de ce clinicien sagace n'ont pas manqué d'en constater la facile et presque constante manifestation. Beaucoup de faits de méningite générale, de méningite de la convexité, de la base, des ventricules, de méningite cérébro-spinale, et surtout de méningite granuleuse, ont donné des exemples de cette tache qui se produit instantanément, et s'efface peu à peu au bout de quelques minutes (4). Elle a été étudiée, à Boston, par le Dr Parks (5); à Londres, par le Dr Baines (6).

Dans quelques cas particuliers et rares, on a vu des *taches rosées* se former sur l'abdomen, une *éruption miliaire*, un *exanthème papuleux* se produire. Les *sudamina* se développent parfois dans la dernière période. L'*herpès labial* a

(1) *Archives*, 4e série, t. VI, p. 160.
(2) Vedrenne, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1851, no 193, p. 38.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1845, p. 357.
(4) Troyes-Esconnet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1851, no 101, p. 29.
(5) *American Journal of med. Sciences*, 1855, t. I, p. 71.
(6) *Medical Times and Gazette*, 6 déc. 1856. (*American Journal*, 1857, t. I, p. 489.)

été assez commun dans la méningite cérébro-spinale épidémique. Les *hémorrhagies* sont fort rares. On ne cite que très peu d'exemples d'épistaxis, même chez les enfants.

La peau est sèche, avant et souvent après l'invasion de la méningite. Parfois, elle s'humecte pendant son cours. Fréquemment, avant la mort, en même temps que la face se colore, le front, les joues, le cou se couvrent d'une abondante sueur.

La bouche est ordinairement sèche. La sécrétion de la salive semble arrêtée. On a vu les parotides se tuméfier. Les yeux sont également secs ; une chassie épaisse colle le bord des paupières. Les narines sont pulvérulentes.

Les sécrétions intestinales paraissent taries, d'où la solidité des matières stercorales et la constipation.

L'urine est rouge, parfois chargée de phosphates alcalins. Elle est souvent retenue dans la vessie. Quand la maladie fait des progrès, elle est évacuée sans le concours de la volonté, ainsi que les selles.

La méningite est l'une des maladies qui produisent avec le plus de rapidité l'*amaigrissement*. Ce n'est pas seulement la méningite granuleuse qui porte atteinte à la nutrition; c'est aussi la méningite franche et aiguë.

Parmi les faits de méningite cérébelleuse, rachidienne, cérébro-spinale et granuleuse, ont été notés quelques phénomènes du côté des *organes génitaux,* c'est à dire une tendance des mains à s'y porter et d'assez fréquentes érections. Ce symptôme peut se rencontrer dans la méningite des autres régions (1). L'influence de la méningite sur la menstruation a été peu marquée. Celle-ci n'a pas toujours été interrompue pendant le cours de la maladie.

§ III. — Marche et variétés de la méningite.

On a essayé de distinguer des *périodes* dans le cours de la méningite; mais il est difficile de fonder des distinctions

(1) Fischer, *De Phrenitide idiopathica*. Rintelii, 1778, p. 12.

qui s'adaptent aux formes diverses que la maladie peut revêtir.

Parent-Duchâtelet et Martinet ont reconnu trois périodes caractérisées : la première, par la céphalalgie, l'assoupissement, la fièvre ; la seconde, par les convulsions, le délire, l'agitation ; la troisième, par le collapsus, la paralysie, le coma [1] ; mais la fièvre manque souvent dans les premiers jours, puisque le pouls est, au contraire, lent ; les convulsions, le délire peuvent se montrer au début, etc.

Quelques auteurs ont préféré assigner des *formes* à la méningite, et ils ont décrit une forme phrénétique marquée par le délire ; une forme convulsive, ou comateuse, marquée par le symptôme devenu le plus saillant ; une forme aiguë, suraiguë, une forme fébrile rémittente, etc. [2].

Ces variétés n'ont pas des caractères assez constants. Aux convulsions peut succéder le délire ; à celui-ci, le coma ; sera-ce une méningite comateuse ou phrénétique, ou convulsive ? Pourquoi ne ferait-on pas, en outre, une méningite tétanique, une méningite paralytique, etc. ?

D'autres divisions sont fondées sur la durée de la maladie. On peut admettre : 1° une variété *foudroyante,* enlevant le malade en quelques heures ; la méningite cérébro-spinale épidémique, la méningite ventriculaire en ont donné des exemples ; 2° une variété *suraiguë,* durant d'un à quatre ou cinq jours, comme dans beaucoup de cas de méningite rhumatismale, de méningite de la convexité, de méningite générale, surtout quand elles se terminent par suppuration. Dugès parle d'un enfant mort d'éclampsie en quarante-huit heures ; on trouva l'arachnoïde épaissie et enduite de matière séro-purulente [3] ; 3° une forme *aiguë,* durant du deuxième au quatrième septenaire ; c'est celle que présentent la plupart des espèces de méningite ; c'est

(1) *Arachnitis*, p. 22.

(2) Rilliet, *Archives*, 4e série, t. XII, p. 409 ; t. XIII, p. 40. — Duparcque, *Gazette hebdomadaire*, 1855, t. II, p. 829.

(3) *Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. III, p. 308.

celle que Fothergill et Quin paraissent avoir eu en vue dans leur description de l'hydrocéphalie aiguë; 4° une variété *aiguë prolongée* ou *subaiguë*, s'étendant jusqu'au quarantième jour. Les méningites cérébro-spinales et granuleuses en donnent des exemples fréquents; 5° une variété *chronique*. Celle-ci peut persister plusieurs mois. Ce sont les méningites de la convexité, avec exsudation séreuse ou avec formation de fausse membrane, certaines méningites spinales ou cérébro-spinales, et les méningites syphilitiques, qui ont offert le plus souvent cette forme, à laquelle se rattachent les méningites observées dans l'aliénation mentale, dans la paralysie générale. Les écrits de Bayle (1), les observations de Ramon (2); celles de Parchappe, de M. Calmeil, en donnent des preuves nombreuses.

La marche de la méningite présente encore quelques autres considérations essentielles. Cette phlegmasie est presque toujours *continue*, offrant seulement des exacerbations à tels moments de la journée, des modifications, des interruptions de symptômes; la maladie n'en suit pas moins son cours. Mais la méningite peut être *rémittente* ou même *intermittente*, c'est à dire que non seulement un ou deux symptômes s'apaisent, mais que presque tous diminuent ou cessent, pendant un temps donné, pour reprendre ensuite avec plus ou moins de régularité. Quelques faits de méningite ventriculaire et de méningite cérébro-spinale ont offert cette particularité. En plusieurs occasions, les types quotidien, tierce, quarte, ont été constatés (3); j'en ai vu divers cas, dans lesquels les antipériodiques ont échoué.

Il est une dernière variété digne d'attention : c'est celle dont la marche est tout à fait occulte, dont l'existence est problématique, dont les symptômes sont à peu près effacés, et qui, en un mot, est demeurée à l'*état latent*.

(1) *Thèse sur l'arachnitis chronique*.— *Maladies du Cerveau*. Paris, 1826.

(2) Analysées par Trousseau. (*Archives*, t. XV, p. 571.)

(3) Lemaire, Thèse. — Deslandes, Thèse. — Parent-Duchâtelet et Martinet, obs. 103, 104, 105, 106, 107, 108. — Tysseyre, *Archives*, t. XVI, p 300. — Donders, *Journal de Médecine de Bruxelles*, 1844, p. 423.

On en trouve plusieurs exemples parmi les méningites de la convexité, surtout parmi celles qui ont offert des fausses membranes. La maladie a pu demeurer dans une parfaite obscurité, et ne se révéler qu'à l'ouverture du corps par des altérations méningiennes déjà anciennes ; mais, même chez des jeunes sujets, la méningite a pu marcher insensiblement, et ne montrer sa gravité qu'à la fin. Parent-Duchâtelet et Martinet ont rapporté plusieurs cas de ces arachnitis à forme et à marche latentes [1].

Il y a lieu de distinguer la méningite latente de la tuberculisation latente des méninges. Celle-ci, qui est assez fréquente, peut laisser dans une sécurité parfaite ; pas un symptôme ne la trahit ; l'embonpoint, la coloration de la peau, la gaîté, ne sont pas altérés. Mais il n'y avait pas encore méningite. Celle-ci est rarement aussi fallacieuse ; avec quelque attention, on recueille certains indices légers, quelque trouble dans les facultés sensitives, intellectuelles ou locomotrices. Toutefois on peut croire à de simples prodromes, tandis que la maladie existe et a déjà progressé.

§ IV. — Complications de la méningite.

La méningite se complique avec des états morbides très variés. Elle peut coexister avec d'autres maladies de l'appareil nerveux, avec l'hémorrhagie cérébrale et surtout méningée ou corticale, avec le ramollissement des parties centrales ou de quelque lobe du cerveau, avec des tubercules encéphaliques ou autres lésions organiques.

Les affections tuberculeuses des organes thoraciques ou abdominaux peuvent coexister, non seulement avec la méningite granuleuse, mais avec la méningite cérébrale générale, avec celle de la convexité, etc.

Les exanthèmes aigus ont d'étroits rapports avec la méningite, tels que la variole et la scarlatine à la période

[1] *Arachnitis*, p. 507, 510, 513, etc.

d'invasion ou à celle de terminaison (1), l'érysipèle du cuir chevelu à son summum d'intensité. Ces complications sont fort graves (2).

La méningite s'ajoute quelquefois à la pneumonie. Morgagni a fait la remarque que ces phlegmasies sont alors situées du même côté (3). Elle se joint d'autres fois à la péricardite (4).

Les maladies des voies digestives compliquent assez fréquemment la méningite.

Il en est une qu'il est très important de reconnaître, car de sa présence ou de son absence, dépend le choix ou le rejet des moyens énergiques dont l'action est dirigée sur l'estomac ou les intestins. Je veux parler de la *gastro-entérite*.

Les affections de l'estomac peuvent arriver à un haut degré sans qu'on s'en doute, parce que les phénomènes encéphaliques masquent les souffrances des organes abdominaux. Hood a vu chez un enfant de sept mois, les fontanelles soulevées, les sutures écartées, les yeux dans une agitation convulsive; il y avait méningite avec épanchement; mais l'estomac était en même temps ramolli et même perforé (5).

La présence des vers, surtout des lombricoïdes dans les intestins, peut être considérée comme une complication. Il fut une époque où tous les accidents cérébraux étaient attribués aux vers. Aujourd'hui on n'y fait peut-être pas une attention suffisante. Il est vrai que plusieurs des médicaments dirigés contre la méningite sont d'excellents vermifuges.

Une coïncidence digne d'intérêt, est celle de la méningite et de la fièvre typhoïde, ou entérite folliculeuse. Lorsque la méningite s'accompagne de taches rosées et de diarrhée, on peut soupçonner la lésion de l'intestin; d'autre part, si dans l'entérite folliculeuse, le délire et les autres phénomè-

(1) Broussais, *Annales physiolog.*, t. XII, p. 441. — Folchi, *Exercitationes*, t. II, p. 161.

(2) Deslandes, *Bibliothèque médicale*, t. VI, p. 55. — Folchi, *Exercitationes*, t. II, p. 165.

(3) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. VII, nos 11 et 12.

(4) Burrows, *On disorders of the cerebral circulation*. London, 1846, p. 185.

(5) *Transact. of the medico-chir. Soc. of Edinburgh*. (*Edinb. Med. and Surg. Journal*, t. XLII, p. 243. — *Archives*, 2e série, t. VI, p. 398.)

nes nerveux sont très intenses, on peut croire à l'existence d'une méningite. Mais ces affections sont susceptibles de se combiner. Diverses observations appartenant à la méningite cérébro-spinale l'ont prouvé.

Si je ne craignais d'entrer dans de trop longs détails, je rapporterais ici les observations recueillies à ma clinique, sur deux jeunes gens, l'un de vingt et l'autre de vingt-quatre ans. Après d'assez notables prodromes et de la diarrhée, il était survenu de la céphalalgie, de la stupeur, du délire, de la dilatation des pupilles, de la rigidité des membres, en même temps la fosse iliaque droite était le siége de gargouillements prononcés, mais les selles étaient devenues rares. La fièvre fut permanente. Nous trouvâmes une méningite de la base avec épanchement ventriculaire, et une entérite folliculeuse très prononcée.

§ V. — Terminaisons de la méningite.

La mort est la terminaison la plus ordinaire de la méningite intense. Cette issue peut dépendre des épanchements séreux ou des suppurations qui se produisent dans les tissus, des larges productions organiques qui deviennent des corps étrangers, des adhérences qui gênent le jeu des organes, etc. La mort peut encore être le résultat d'une *métastase*, cas assez rare dont j'ai recueilli l'exemple le plus remarquable. C'est celui d'une jeune demoiselle âgée de treize ans et demi, qui, dans le cours d'une méningite bien caractérisée, offrit subitement les symptômes d'une péritonite des plus violentes. L'examen cadavérique fit voir que celle-ci était purulente. Quant aux méninges, elles avaient repris un état à peu près normal.

Les symptômes les plus graves de la méningite peuvent diminuer sans s'effacer entièrement, la vie peut se prolonger sans que la santé soit tout à fait rétablie. Ce n'est ni une convalescence, ni une guérison. Le physique et le moral sont également lésés, et cependant la maladie ne con-

serve aucun de ses attributs inquiétants. Cet état mixte, qui n'est ni la santé, ni la maladie, a lieu quand des néo-membranes se sont étendues dans la cavité de l'arachnoïde et s'y sont organisées, ou quand les méninges retiennent une infiltration dont la résolution entière est tardive à s'opérer.

La *guérison* de la méningite a été souvent obtenue par les efforts de l'art. Elle a pu résulter aussi d'une crise heureuse, dont la nature avait fait les frais.

Parent-Duchâtelet et Martinet rapportent l'observation d'un jeune homme âgé de seize ans, offrant les principaux symptômes de la méningite : fièvre, céphalalgie, sensibilité de la vue, dilatation des pupilles, délire, agitation, roulement de la tête sur l'oreiller, etc. Au vingt-unième jour, survient une épistaxis très abondante; l'intelligence se rétablit, un sommeil paisible a lieu, la guérison ne tarde pas [1].

Bricheteau a vu une méningite heureusement terminée après qu'un abcès se fut développé au genou. A ses yeux, ce fut une véritable et heureuse crise [2].

Albers, de Bonn, rapporte l'observation d'un très jeune enfant, dont le frère était mort d'hydrocéphalie, et qui atteint déjà de convulsions, de strabisme, de dilatation des pupilles, présenta une fluxion aux environs d'une oreille ; un abcès s'y forma, et tous les symptômes cérébraux se dissipèrent [3].

On a vu une invagination intestinale remplacer les symptômes d'une méningite, et une anse intestinale gangrénée, faire issue; la malade âgée de vingt-sept ans guérit [4].

§ VI. — Anatomie pathologique de la méningite.

Une remarque générale se présente : c'est la ressemblance des altérations offertes par l'examen des parties ma-

[1] *Arachnitis*, p. 524, obs. 117.
[2] *Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 115.
[3] *Annals of Medicine*. Edinb., 1803, t. VII, p. 406.
[4] Guillemin, *Gazette médicale*, 1848, p. 327.

lades, quel qu'ait été le siége de la phlegmasie. On peut donc aisément résumer les traits principaux dont se compose l'anatomie pathologique des diverses espèces de méningites.

1° On a reconnu chez la plupart des sujets, un certain degré de rigidité et un amaigrissement très prononcé.

2° Les vaisseaux de la tête sont pénétrés d'une assez grande quantité de sang, surtout ceux de la dure-mère, les sinus, les artères et les veines du cerveau. Le sang est souvent coagulé dans ces divers canaux.

3° L'arachnoïde et la pie-mère sont plus particulièrement injectées et rouges, par suite de l'ampliation de leurs capillaires (1).

4° Elles sont opaques, plus épaisses que dans l'état normal, et plus ou moins consistantes. Ces altérations sont en général légères quand la maladie est récente; mais parfois l'épaississement et la vascularité de la pie-mère deviennent considérables. C'est cet état connu depuis longtemps, que Camerarius désignait sous le nom d'*apospasma*, et dont il a donné plusieurs exemples (2).

5° Des adhérences s'établissent entre les diverses lames dont se composent les méninges. C'est surtout au voisinage du sinus longitudinal supérieur, ou près des scissures que ces unions anormales se produisent.

6° Les corpuscules de Pacchioni se développent plus ou moins.

7° Un effet très fréquent de la phlegmasie méningienne est l'exsudation d'un fluide séreux, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit sous cette membrane dans le tissu de la pie-mère. Dans le premier cas, c'est un épanchement; dans le second, c'est une infiltration. Dans l'un et l'autre, le liquide ne conserve que rarement l'aspect d'une sérosité limpide. Il est trouble, lactescent; il peut même se

(1) Ekker, *De cerebri et medullæ spinalis systemate vasorum capillari in statu sano et morboso*. Trajecti ad Rhenum, 1853, p. 84.

(2) *De Apospasmate Piæ-matris*. Tubingæ, 1729. (Haller, *Collect. disputat. Medicinæ practicæ*, t. I, p. 197.)

concréter, prendre les apparences d'une matière gélatineuse ou albumineuse, ou fibrineuse. Magnus Huss a vu à Stockholm, dans quatre cas sur sept de méningite, la lésion principale constituée par des exsudations plastiques entre les méninges [1].

8° Un autre effet fréquemment observé est la formation du pus. Ce fluide se présente sous des aspects variés : tantôt mêlé à la sérosité, qu'il rend trouble, ses globules sont parfaitement appréciables à l'aide du microscope [2]; tantôt il est pur, mais liquide, épais et d'un blanc-jaunâtre; tantôt il est concrété. Il peut être épanché dans la cavité de l'arachnoïde, ou infiltré sous cette membrane dans le tissu de la pie-mère. Alors, il reste à la surface des circonvolutions sous la forme de gouttes de la largeur d'une lentille [3], ou il pénètre dans les anfractuosités, et il semble suivre le trajet des vaisseaux.

9° La méningite donne assez souvent naissance à des pseudo ou néo-membranes, qui siégent avec une sorte de prédilection sur la face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde de la convexité cérébrale, rarement sur le feuillet viscéral, parfois sur les parois ventriculaires.

On a vu comment ces fausses membranes se produisent, s'accroissent, s'organisent, se vascularisent, se stratifient, s'épaississent et se transforment. On les a vues aussi se déployer en kystes plus ou moins larges, et renfermer d'assez grandes quantités de sang et de matières épaisses, de couleurs et d'aspects variés.

10° La méningite s'accompagne, dans certaines circonstances, de la production de petits corps arrondis, comparés, pour le volume, à des têtes d'épingles, à des grains de millet, de chénevis, ou à des œufs de vers à soie. On les

(1) *Gazette médicale*, 1843, p. 77.

(2) Lebert, *Physiologie pathologique*, t. I, p. 157.

(3) Fischer a donné un exemple de cette disposition, observée chez un soldat âgé de vingt-sept ans. Ce cas est curieux surtout pour l'époque où il fut recueilli. (*De Phrenitide idiopathica*. Rinteln, 1778, p. 12.)

nomme généralement *granulations*. Mais il en est de plusieurs sortes. Quelques-unes paraissent résulter du grossissement des corpuscules de Pacchioni. Elles m'ont paru former le caractère essentiel d'une variété de méningite granuleuse, à laquelle j'ai donné le nom d'*aciniforme*. Une deuxième variété se rencontre dans des points où l'arachnoïde n'est pas en rapport avec la pie-mère; c'est ce qu'on observe quelquefois au feuillet pariétal qui revêt la dure-mère, et à l'épendyme appliqué sans intermédiaire contre la substance cérébrale. On voit se développer sur ces différents points des granulations très fines, solides ou vésiculeuses, souvent incolores, isolées ou rapprochées, mais rarement confluentes. Deux autres variétés de granulations ont cela de commun qu'elles paraissent naître et se développer dans la pie-mère, pour faire une légère saillie à sa surface; leur siége ordinaire est vers la base du cerveau, le long des scissures de Sylvius et autour des vaisseaux principaux de cette région. Les unes sont très petites, grisâtres, demi-transparentes, dures, résistantes, essentiellement formées d'éléments fibro-plastiques. Les autres sont plus volumineuses, moins dures, friables, opaques, d'un blanc-jaunâtre; elles paraissent contenir de la matière tuberculeuse. On a contesté l'identité de ces deux sortes de granulations, mais il est probable que ce sont des productions analogues, ne différant que par le degré, par la période. Les granulations grises seraient le premier degré, la période initiale; les granulations opaques ou blanc-jaunâtre, le produit d'un travail plus avancé. J'ai réuni, il est vrai, des faits de granulations grises exemptes d'autres altérations; mais de nombreuses observations montrent la coïncidence de ces productions premières et de granulations plus avancées, devenues en partie ou en totalité tuberculeuses; et ce qui achève de montrer la parenté étroite de ces deux sortes de granulations, c'est de les voir coïncider très fréquemment avec des granulations ou des tubercules siégeant dans les poumons, dans les ganglions bronchiques

ou mésentériques, dans la rate, dans les reins, les plèvres, le péricarde, le péritoine, etc.

11° Les diverses espèces de méningite, surtout celle de la base, et spécialement celle des ventricules, s'accompagnent d'épanchements séreux dans ces cavités.

12° Malgré le voisinage des surfaces encéphaliques, on voit souvent celles-ci conserver leur intégrité ; mais il existe parfois quelque ramollissement simultané de tel ou tel point, soit de la périphérie du cerveau, soit plus fréquemment des parties centrales.

13° Les nerfs qui traversent les trous du crâne ou du rachis, et qui sont accompagnés et enveloppés par les méninges, peuvent se ressentir de l'inflammation de celles-ci. Le pus fuse dans ce court trajet; s'il imprègne la pie-mère ou s'il est accumulé dans l'arachnoïde, il peut exceptionnellement dépasser les canaux de transmission.

14° Deux espèces de méningite, qui ont une tendance particulière à la production du pus (méningite rhumatismale et méningite cérébro-spinale épidémique), ont offert la singulière coïncidence de collections purulentes dans les articulations, dans l'œil ou d'autres organes.

§ VII. — Diagnostic de la méningite.

La méningite se reconnaît à l'ensemble des symptômes précédemment exposés. Toutefois, il en manque presque toujours quelques-uns, et, d'un autre côté, il n'est pas de signe qui, à l'exclusion des autres, puisse décéler d'une manière certaine cette phlegmasie. Chaque phénomène converti en signe a une valeur qu'on a parfois exagérée, et qu'il convient d'apprécier d'une manière plus rigoureuse.

La *céphalalgie* est un signe fréquent de la méningite; mais elle se retrouve dans un très grand nombre de maladies des organes encéphaliques. Elle a ici un caractère particulier : c'est son intensité, son acuité; ce sont les élancements, les tintements, les battements qui l'accompagnent assez fréquemment.

Des *cris*, des gémissements sont provoqués, surtout chez les jeunes sujets, par l'état de souffrance. Coindet a cru que ces cris plaintifs étaient les indices les plus certains d'un épanchement séreux dans les ventricules. Il les a nommés *hydrencéphaliques;* mais ils sont nuls dans l'hydrocéphalie chronique, et ils sont moins fréquents dans l'hydrocéphalie aiguë que dans l'inflammation des méninges. On devrait plutôt les appeler *cris méningitiques*. Il est même remarquable que souvent ils ont été entendus dans des cas de méningite où les ventricules ne contenaient que très peu ou pas de sérosité.

Le *délire* n'appartient pas exclusivement à la méningite; mais il forme un de ses principaux attributs. L'*assoupissement* lui est beaucoup moins étroitement rattaché, quoiqu'il se rencontre souvent dans son cours, et surtout à sa dernière période; mais ce n'est point alors qu'il pourrait éclairer le diagnostic.

Les changements dans la *physionomie*, dans le *facies*, dans l'état des *yeux* surtout, sont trop importants pour ne pas entrer en ligne de compte dans l'exposé des signes, parmi lesquels il faut surtout mentionner la *dilatation* des pupilles, le *strabisme*, le *renversement des yeux*.

Les *convulsions* et les *spasmes variés* qui dérivent de la surexcitation nerveuse, très ordinaires dans l'enfance, plus rares chez les adultes [1], sont des indices douteux de la méningite, ainsi que les *contractures* plus ou moins étendues, la *rigidité* du cou ou de l'épine, le *renversement* de la tête en arrière, le *trismus*, les *grincements* de dents. Les *paralysies* partielles se sont montrées dans d'assez nombreux cas de méningite; mais sont loin de l'annoncer d'une manière précise. Elles égareraient souvent le diagnostic, tant elles sont fréquentes et persistantes dans les hémorrhagies et dans les ramollissements de l'encéphale.

Le *vomissement* a quelque valeur dans la séméiotique de

[1] Lewis Smith, *On Meningitis of the adult*. (*New-York Journ. of Medicine*, march 1855, yearly abstract, t. XXII, p. 45.)

la méningite; surtout quand il se montre dès l'invasion avec la céphalalgie. La *constipation* est l'un des symptômes les plus ordinaires de la méningite.

Le *ralentissement du pouls* est fréquent dans les premiers jours, mais il manque souvent. La fièvre peut être intense au début, surtout quand il y a tendance à la production du pus. Les *variations rapides* de chaleur, de couleur de la peau, s oobservent souvent dans la méningite, mais on les voit dans de simples névroses.

La *tache* appelée *méningitique*, semblerait comme ce nom l'indique, être un symptôme propre aux phlegmasies des enveloppes de l'encéphale, mais on la retrouve dans l'hydrocéphalie, dans la congestion cérébrale, dans la pneumonie [1], dans la fièvre typhoïde [2]. Elle n'est donc pas exclusive à la méningite. De plus, on ne la constate pas toutes les fois qu'on tente de la produire; on l'obtient rarement au début de la maladie.

Ainsi, parmi les divers *signes* examinés en particulier, il n'en est aucun qui, pris isolément, conduise à la certitude ; et cependant le diagnostic de la méningite n'est pas d'une difficulté absolue et constante. Mais c'est qu'alors plusieurs indices se réunissent, et s'appuient mutuellement. Toutefois qu'on ne se hâte pas de prononcer, on s'exposerait à de fâcheux démentis

Par exemple, le début de la variole, de la varioloïde, de la scarlatine, etc., offre quelquefois les symptômes les plus saillants d'une violente méningite; mais ils se dissipent avec une étonnante rapidité. D'autres fois, en dehors de cette heureuse déception, des symptômes très graves peuvent faire admettre une méningite intense, alors que les méninges n'offrent à l'autopsie rien d'anormal [3]. D'autre part,

[1] Baines, *Medical Times and Gazette*, 1856, 6 déc.

[2] Troyes-Escounet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1851, n° 101, p. 29.

[3] Andral, *Clinique médicale*, t. IV, p. 440, 445, etc. — Charpentier, *Méningo-céphalite des Enfants*, obs. 20, p. 202. — Burrows, *Disorders of cerebral circulation*, p. 185. — Coignet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 417, p. 20.

l'inverse peut avoir lieu, et sous des apparences bénignes se cachent parfois des désordres très sérieux, de larges productions pseudo-membraneuses, de vastes collections purulentes, etc. (1).

Ces faits ne sauraient être perdus de vue. Ils doivent rendre fort circonspects quand il s'agit d'établir le diagnostic de la méningite.

Les difficultés sont plus grandes encore s'il est question de préciser le siége de la phlegmasie. Cependant, en s'appuyant sur le rapprochement des faits, on peut essayer la solution du problème. Ainsi, aux méningites aiguës de la *convexité,* se rattachent plus communément le délire bruyant, les cris aigus, la coloration animée de la face, une fièvre forte, l'agitation, la jactitation ; à la *méningite de la base,* la somnolence, le ralentissement du pouls, les convulsions, les mouvements désordonnés des yeux, le strabisme, la dilatation des pupilles ; à la *méningite des ventricules,* les divers spasmes, le délire, la dilatation des pupilles, les vomissements ; à la *méningite cérébelleuse,* l'agitation, les spasmes, cloniques partiels, des troubles variés de la vision ; à la *méningite rachidienne,* une douleur vive de la nuque ou du dos, des spasmes toniques plus ou moins étendus, des paralysies portant sur la paire supérieure ou inférieure des membres, sur la vessie et le rectum ; à la *méningite cérébro-spinale,* une douleur occipitale prolongée en bas ou en avant, le délire, l'agitation, le coma, le collapsus, la dilatation ou le resserrement des pupilles, une fièvre intense, les spasmes cloniques et toniques.

On ne distingue entre ces espèces, que des nuances, mais les jalons posés appellent l'attention du clinicien, qui alors dirige ses investigations dans un sens mieux déterminé, et peut se rapprocher d'une probabilité satisfaisante.

Relativement à la nature de la méningite, il est encore des indices qu'on ne saurait négliger. La *méningite épidémi-*

(1) Boyd, *Transactions of the Pathological Society of London,* 1857, t. IX, p. 8.

que ne peut laisser de doute que pour les premiers cas, bientôt leur répétition rend le diagnostic facile. Celui des *méningites rhumatismale* et *syphilitique* s'éclaire par la connaissance des antécédents et par la marche de la maladie, très aiguë dans la première, chronique dans la seconde. Le diagnostic de la *méningite granuleuse* est assez facile si l'état connu de la santé des parents et si l'apparition de quelques phénomènes prodromiques, ont mis sur la voie. Mais en l'absence de ces avertissements, le doute est permis; et alors qu'on n'oublie pas ces insidieuses granulations qui se développent insensiblement et sans modifier les apparences de la santé. Trop souvent c'est quand la maladie a déjà fait des progrès, que l'altération des traits, les vomissements, la constipation, l'assoupissement, la lenteur du pouls, la dilatation des pupilles, le strabisme, l'insensibilité, les contractures ou les paralysies partielles, conduisent à de sérieuses présomptions.

Pour compléter ce qui a trait au diagnostic de la méningite, il faut comparer les signes qui la font reconnaître, à ceux plus ou moins analogues qui appartiennent à des maladies diverses.

Les narcotiques, l'opium, la belladone, l'aconit, etc., produisent une *intoxication* qui ressemble à certains modes d'invasion de la méningite. Mais la connaissance des antécédents, la soudaineté des accidents, les caractères spéciaux qu'ils portent et qui seront indiqués ultérieurement, permettent bientôt de dissiper les doutes.

Le *delirium tremens* a des rapports avec la méningite. Les médecins anglais en conviennent (1), une confusion est assez facile. La quatrième observation de la thèse de Deslandes (2) me paraît se rattacher à ce délire des *ivrognes*, ainsi qu'un autre fait publié par M. Champouillon (3);

(1) James Johnson, *Medico-chir. Review*, aug. 1828, p. 509. — Michael Ryan, *London Med. and Surg. Journal*, 1829, oct., p. 316.

(2) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, nº 119, p. 12.

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1851, p. 409.

le délire avait été précédé par des excès alcooliques réitérés, la maladie fut courte, elle céda facilement après un sommeil profond. Ces circonstances sont propres au delirium tremens, et le distinguent de la méningite qui, lorsqu'elle guérit, dure toujours un temps plus long. La nature du délire, les tremblements, l'absence de la fièvre, signalent encore le premier, pour le diagnostic duquel M. Bence Jones a voulu faire valoir la différence de quantité des phosphates de l'urine ([1]); circonstance assurément peu significative et d'une application peu facile dans la pratique.

Le *délire aigu* a de notables analogies avec la méningite lorsque celle-ci éclate avec violence et qu'elle siége à la convexité. De part et d'autre, agitation, mouvements convulsifs, grincements des dents, vociférations, etc.; mais dans ce délire aigu, pas de céphalalgie, pas de coma ni de contracture, ni de paralysie, ni de vomissements; à leur place, aspect sinistre, spasme de l'œsophage, refus des boissons, enfin, délire plus violent et plus continu.

La *fièvre ataxique, l'état ataxique aigu* ressemblent beaucoup à la méningite; mais celle-ci, par la chaleur de la peau, par la fréquence du pouls, par la coloration de la face, dénote davantage un état inflammatoire; en général, tous les symptômes y sont plus saillants; il y a, en outre, des contractures, des paralysies, une céphalalgie plus constante.

La *congestion cérébrale,* avec ses formes diverses, simule la méningite; mais son invasion est plus soudaine, sa marche plus rapide et sa terminaison plus immédiate et plus généralement heureuse.

A l'*hémorrhagie encéphalique* peut ressembler la méningite lorsqu'elle commence par la perte de connaissance, qu'elle est accompagnée de coma et d'hémiplégie ([2]). C'est surtout avec l'*apoplexie méningée* que l'analogie existe. Souvent, même après le décès, on peut rester indécis sur le vrai

([1]) *Lancet*, febr. 6, 1847 (half yearly abstract, t. V, p. 21).

([2]) Forget, *Gazette médicale*, 1838, p. 758.

caractère de la maladie. C'est lorsque la cavité de l'arachnoïde contient du sang épanché et des fausses membranes, qu'il peut être difficile de déterminer à quel état morbide revient la priorité. Il faut remonter aux commencements et suivre la marche qui a été tracée d'après les faits. On parvient ainsi à reconnaître les traits initiaux d'une hémorrhagie ou d'une phlegmasie.

L'*hydrocéphalie*, l'*encéphalite*, le *ramollissement* cérébral ont des rapports nombreux avec la méningite. Ils seront retracés plus exactement dans l'exposition qui sera faite de ces maladies.

A cause des symptômes cérébraux qu'elle présente, la *fièvre typhoïde* pourrait quelquefois être confondue avec la méningite. Les exemples de cette ressemblance ne sont pas fort rares. Après avoir parfaitement constaté les symptômes les plus caractéristiques de l'inflammation des méninges, on peut trouver ces membranes intactes et les follicules de Peyer rouges, saillants, parsemés d'ulcérations [1]; mais, en général, les différences sont assez prononcées. Les symptômes abdominaux qui existent dès le début de la fièvre typhoïde, et qui persistent, la stupeur, la rareté des phénomènes spasmodiques, font présumer la lésion de l'intestin; tandis que, dans la méningite, la surexcitation nerveuse, le délire, les lésions de l'organe de la vue, la constipation, la dépression du ventre, l'absence du gargouillement iléo-cœcal, éloignent la pensée d'une entérite folliculeuse.

La méningite cérébro-spinale épidémique a été rapprochée du *typhus*. On a cru voir, dans l'une et l'autre maladie, un empoisonnement miasmatique; mais si cette cause paraît évidente pour le dernier, elle est hypothétique pour la première. Le typhus a pour caractère principal l'altération du sang, la perte de consistance, la défibrination de ce fluide. Dans la méningite, le sang est, au contraire, plus consistant, plus fibrineux que dans l'état normal. La ménin-

(1) Savourret, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, n° 134, 11e obs., p. 42.

gite cérébro-spinale a une tendance remarquable à la production du pus. Ce caractère manque dans le typhus et dans la fièvre typhoïde, qui présentent rarement les phénomènes convulsifs et tétaniques, si souvent observés dans la méningite, surtout lorsque celle-ci s'étend aux méninges rachidiennes. La méningite offre souvent un ralentissement du pouls, qui ne se voit, ni dans la fièvre typhoïde, ni dans le typhus. En un mot, ce sont des maladies essentiellement différentes et dans la forme et dans le fond.

§ VIII. — Prognostic de la méningite.

Le prognostic de la méningite est toujours fort grave. La terminaison funeste de cette maladie est très fréquente. Cette terminaison a souvent lieu quand on ne s'y attendait pas. Elle est, d'autres fois, annoncée par des indices qui trompent rarement. Ainsi, la roideur du cou et du tronc [1], le tremblement persistant des membres, la paralysie hâtive d'une paupière [2], le renversement des yeux, la perte absolue de connaissance, l'extrême fréquence du pouls, une dyspnée profonde, les convulsions réitérées pendant le cours de la maladie, la décomposition rapide des traits, la flaccidité, la résolution complète des membres, etc., sont des signes d'un très mauvais augure.

La gravité de la méningite est, dans ces conditions, incontestable, et la guérison serait l'exception [3].

Le prognostic ne saurait cependant être, dans tous les cas, aussi fâcheux. Il offre des différences relatives au siége de la phlegmasie, à son étendue, à son mode et à la nature des influences qui l'ont provoquée.

Ainsi, la méningite de la convexité est moins dangereuse que celle de la base et des ventricules.

[1] Duparcque, *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 840.

[2] Magnus Huss, *Gazette médicale*, t. XI, p. 77.

[3] Trousseau dit qu'en vingt-cinq ans, il n'a pas vu guérir un seul enfant de méningite bien caractérisée. (*Union médicale*, 1850, p. 114.)

La méningite cérébro-spinale est plus grave que celle dont le siége est borné au rachis ou à quelques points circonscrits de l'intérieur du crâne.

La méningite qui s'accompagne d'une exsudation séreuse est moins redoutable que celle qui produit du pus ou une fausse membrane. La sérosité est susceptible de se résorber. En serait-il de même du pus? Quelques médecins l'ont admis pour expliquer la guérison dans certains cas de méningite épidémique; mais n'est-il pas plus probable que, dans cette heureuse circonstance, le pus ne s'était pas encore formé?

La méningite syphilitique, exempte d'altérations organiques, est curable. La méningite rhumatismale est infiniment plus sérieuse; elle est rapidement mortelle.

La méningite granuleuse est certainement de toutes la plus meurtrière, comme elle est la plus fréquente. Quand elle est reconnue, l'arrêt est prononcé. Que pourrait-on appeler guérison en pareille occurrence? Serait-ce la cessation des phénomènes cérébraux, nerveux, fébriles, etc.? Mais les granulations ont-elles aussi disparu? C'est ce qu'il serait difficile de supposer et ce qu'il est impossible de constater. La guérison serait tout simplement le retour des granulations à une sorte d'état latent, tel qu'il était avant l'invasion de la méningite. Ce résultat satisferait les personnes étrangères à l'art; il serait incomplet et insuffisant aux yeux du médecin, puisqu'il laisserait la perspective fatale d'une récidive.

Je conviens toutefois que si les granulations n'étaient encore formées que d'éléments fibro-plastiques, pour ainsi dire naissants, leur diminution, leur régression, leur disparition seraient possibles; mais lorsqu'elles sont déjà consistantes, nombreuses, agglomérées, infiltrées de matière tuberculeuse, comment les croire susceptibles de décroître et de s'effacer en peu de temps? Et cependant, la guérison effective de la méningite granuleuse ne peut être comprise et affirmée que dans ce sens et dans ces conditions.

Rilliet a publié un important travail sur la curabilité de

la méningite tuberculeuse [1]. Après avoir refusé à plusieurs faits la valeur testimoniale qu'on leur attribuait, il en a cité d'autres plus dignes de confiance. Ceux-ci avaient été présentés par Cheyne, Goelis, Abercrombie, Jahn, Rœser, Hahn. Rilliet en ajoute trois de plus, qui lui paraissent être de nouveaux et très probants exemples de guérison de la méningite tuberculeuse. Examinons un instant ces faits : Le premier a pour sujet une jeune fille de dix ans, appartenant à une famille de tuberculeux; voilà la circonstance la plus spécieuse. Des symptômes de méningite éclatent et sont bientôt dissipés; une tumeur blanche se forme au coude et est encore rapidement guérie; enfin, une deuxième méningite se montre, et elle est aussi peu rebelle que la première. Ces maladies étaient-elles décidément tuberculeuses? J'en doute; leur gravité, leur nature ne sont point suffisamment établies. Le second cas est celui d'un jeune garçon âgé de neuf ans, non scrofuleux, atteint, après quelques prodromes, de vomissements, de céphalalgie, de photophobie, de somnolence, d'irrégularité de pouls, etc. La maladie est enrayée, et peu de temps après guérie. Or, l'existence antérieure des granulations n'est pas plus positivement démontrée que leur résolution, que leur destruction rapide, et si elles ont existé, il y aurait plutôt lieu de penser que sans cesser d'être, elles sont rentrées dans le silence et l'innocuité, la phlegmasie méningienne ayant seule disparu.

Cette cessation des symptômes de la méningite, malgré la persistance des granulations, me paraît être un fait aussi admissible, aussi réel que la préexistence de ces dernières, lorsqu'une méningite éclate au milieu des apparences de la santé, et enlève rapidement le sujet, en laissant les preuves irrécusables d'une origine granuleuse ou tuberculeuse ancienne.

Le passage des granulations à l'état latent ou silencieux, ou, en d'autres termes, la tolérance des organes à l'égard de

[1] *Archives*, 1853, 5e série, t. II, p. 641. — *Union médicale*, 1853, p. 479. — *Actes de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1855, 3e fascicule, p. 126.

ces corps anormaux, donne une idée exacte de la situation dans les faits signalés comme des exemples de guérison.

Cette manière de concevoir de semblables résultats est parfaitement démontrée par la troisième observation de Rilliet. Cette observation présente, en effet, un jeune enfant aux prises avec les symptômes d'une méningite granuleuse intense, qui, cependant, entre en convalescence à la fin du troisième mois, et paraît guéri. Il fait une chute grave; néanmoins il recouvre la santé, et vit cinq ans, jouissant de son intelligence et de son activité physique. Mais tout à coup reparaissent les symptômes de la méningite, et la mort arrive le septième jour. Les méninges offraient des altérations évidemment fort anciennes, une petite masse tuberculeuse consistante, un épaississement notable des méninges de la base, une plaque étoilée de granulations grises dans la scissure de Sylvius, etc., altérations graves qui remontaient certainement à la première attaque, et avaient été supportées sans trouble pendant longtemps par l'encéphale, comme il arrive pour ces corps étrangers qui souvent ne révèlent leur existence qu'au bout de plusieurs années de séjour et d'inexplicable tolérance de la part de l'organisme.

§ IX. — Traitement de la méningite.

Il est peu de maladies à l'égard desquelles une *prophylaxie* active et judicieuse devrait être plus souvent invoquée. La méningite, en effet, n'arrive pas toujours seule; elle est fréquemment précédée de dispositions générales qui rendent son invasion imminente, sa marche dangereuse, son issue inévitablement fatale. C'est donc à la recherche de ces dispositions qu'il faudrait s'attacher pour les combattre. Ainsi, la pléthore céphalique, la surexcitation nerveuse, la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse chez l'enfant, le rhumatisme chez l'adulte, etc., appellent l'attention dans les circonstances où une méningite serait à craindre. En temps d'épidémie, un traitement préservatif serait encore d'une

très grande importance. Mais de sérieuses difficultés se présentent; il y a souvent impossibilité d'user des moyens les plus efficaces, ou bien la mesure des précautions à prendre est dépassée, et il s'ensuit de nouveaux inconvénients. On ne peut guère donner ici que quelques conseils généraux; mais ils ont un intérêt pratique incontestable. Ils doivent tendre à diminuer l'excitation et l'afflux du sang vers la tête, et à activer la circulation, la nutrition, la calorification vers le cercle inférieur. Dès lors : pas d'enveloppes épaisses qui appellent la chaleur vers la tête, pas de travaux intellectuels trop soutenus, pas de médicaments vireux; beaucoup d'exercice en plein air, un régime fort régulier, l'emploi des demi-bains, des frictions sèches, etc.; respecter les exanthèmes aigus ou chroniques, et s'ils guérissent, les remplacer par des exutoires appropriés; dans les épidémies, éviter tous les genres d'excès, l'abus des spiritueux, les grandes fatigues, l'encombrement des lieux habités, se garantir contre les vicissitudes atmosphériques, et réclamer des soins éclairés dès les premiers indices de l'altération de la santé.

Les moyens que l'art essaie d'opposer à la méningite sont très différents, selon l'aspect sous lequel cette maladie se présente.

Paraît-elle franche, porte-t-elle un caractère décidément inflammatoire, le sujet est-il jeune et robuste, les antiphlogistiques doivent être énergiquement employés.

Survient-elle chez un sujet faible, ou a-t-elle résisté aux antiphlogistiques, la méthode révulsive présente d'utiles ressources.

L'élément nerveux joue-t-il un rôle considérable, on s'adresse aux sédatifs, aux antispasmodiques.

Existe-t-il des preuves ou des présomptions d'une nature spéciale de la maladie, on dirige contre elle les agents qui paraissent le mieux appropriés aux circonstances.

C'est en ayant égard à ces distinctions importantes que le traitement doit être dirigé. Les indications seront remplies par la série des moyens suivants.

a. — **Émissions sanguines.** — Les saignées abondantes ont été employées dans des cas graves de méningite avec succès. Des exemples en sont donnés par Parent-Duchâtelet ([1]), par Martinet ([2]), par Récamier ([3]), par Teallier ([4]), par Mello ([5]), par Lemasson ([6]), etc.

L'artériotomie de la temporale a été pratiquée d'une manière fort utile chez un homme, âgé de quarante ans, offrant les symptômes d'une méningite intense, et déjà traité par les purgatifs, le quinquina, le camphre, l'opium, etc. ([7]). Le même moyen réussit dans un cas de méningite compliqué de pneumonie ([8]).

Peysson ([9]), Prost ([10]), citent encore des exemples de succès de l'emploi de l'artériotomie. Mais ce n'est pas seulement la temporale qui a été ouverte dans les cas pressants. Rhind n'ayant obtenu des veines ouvertes que peu de sang, et les symptômes augmentant, se décide à ouvrir l'artère radiale, et opère un soulagement rapide ([11]).

On a également recommandé la saignée de la jugulaire ([12]). Morgagni faisait ouvrir les veines occipitales ([13]). L'application des sangsues sur les apophyses mastoïdes est d'un usage journalier. On a aussi conseillé de les appliquer sur le trajet de la suture sagittale. Ce procédé a été employé par Costa ([14]), par Jadelot et par Prus ([15]). Il peut être avantageux chez les enfants. J'y ai eu recours utilement

([1]) *Arachnitis*, obs. 114 à 124.
([2]) *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 76.
([3]) *Ibidem*, 1826, t. IV, p. 11. — *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 143.
([4]) *Transactions médicales*, t. X, p. 31.
([5]) *Journal hebdomadaire*, 1831, t. III, p. 369.
([6]) *Ibidem*, t. V, p. 421.
([7]) Paley, *Edinburgh Med. and. Surg. Journal*, t. XV, p. 222.
([8]) Mello, *Journal hebdomadaire*, 1832, t. VI, p. 379.
([9]) *Annales de la Médecine physiologique*, t. X, p. 123.
([10]) *Ibidem*, p. 217.
([11]) *Transactions of the medico-chir. Society of Edinburgh*, t. I, p. 238.
([12]) Maxwell, *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1824, t. XXII, p. 11.
([13]) *De sedibus et causis morborum*, epist. VI, n° 16.
([14]) *Bibliothèque médicale*, 1827, t. I, p. 187.
([15]) *Revue médicale*, 1837, t. III, p. 306.

dans un cas très grave, chez une petite fille de sept ans. C'est surtout dans les méningites de la convexité qu'on peut y avoir recours avec probabilité de succès.

L'application des sangsues à l'entrée des narines a été recommandée par quelques médecins. Je l'ai prescrite dans diverses occasions. En 1843 se trouvait dans mon service, à l'hôpital Saint-André, une personne âgée de vingt-sept ans, qui, à la suite d'une irritation gastrique, offrait des symptômes de méningite de la convexité : céphalalgie intense, puis fièvre, délire loquace, face colorée, yeux roulants et à demi-fermés, pupilles presque immobiles, insensibilité des membres supérieurs; cris, respiration suspirieuse, etc. J'avais prescrit une saignée du pied, qui réussit fort mal; une saignée du bras, qui fut sans résultat; une première application de quatre sangsues est faite dans les narines; en même temps, des réfrigérants sont appliqués sur la tête. On constate une légère amélioration. Quelques jours après survint un assoupissement profond; une deuxième application de quatre sangsues dans les narines fut prescrite. Les symptômes s'amendèrent, et la malade guérit.

Dans l'emploi de ce moyen, il faut éviter l'introduction complète des sangsues dans les cavités nasales. Une fois, on a vu, chez une jeune fille de douze ans, une sangsue s'attacher au pharynx produire un gonflement œdémateux du cou et la mort [1]. Il faut encore ne mettre les sangsues que dans une narine pour ne pas trop gêner la respiration.

On obtient avec bien plus de facilité et avec moins d'inconvénients un résultat au moins égal par l'application des sangsues derrière les oreilles. Seulement, il faut en mettre un plus grand nombre. Il est bien de les poser successivement, afin d'obtenir un écoulement de sang prolongé et d'éviter la réaction qui résulterait d'un arrêt subit de ce fluide.

[1] *Gazette des Hôpitaux*, t. VII, p. 439.

L'application des ventouses scarifiées à la nuque ou sur les régions cervicale, dorsale, ou lombaire, peut remplir une indication précieuse dans les méningites de la base, du cervelet et de la moelle.

Les résultats des émissions sanguines ont offert de grandes différences, selon les épidémies dans lesquelles elles ont été employées, tantôt avec avantage (Mayne, Forget, Barrilleau, Poggioli, etc.), tantôt sans utilité (Ames, Mailliot), et même on leur a attribué l'inconvénient de favoriser les épanchements séreux (Michel Lévy).

b. — Réfrigérants sur la tête. — Depuis longtemps on a recours à l'emploi local des réfrigérants dans les phlegmasies encéphaliques. Les préceptes relatifs à ce genre de moyens ont été très sagement tracés par Vogel. Les cheveux doivent être coupés ras; on applique sur toute la tête des serviettes imbibées d'eau froide et exprimées; on les renouvelle d'instants en instants pour ne pas leur permettre de se réchauffer. Si l'eau se réchauffe vite, on augmente l'intensité du froid par le moyen de la glace, du sel ammoniaque, du sel de nitre. Ce procédé vaut beaucoup mieux, dit Vogel, que la vessie de glace, qui ne recouvre qu'une partie de la tête, se déplace aisément, pèse lourdement sur le sinciput, augmente la douleur, et a le grave inconvénient de provoquer une réaction quand la glace est fondue, à moins qu'on ne la renouvelle souvent [1]. L'expérience m'a appris combien ces recommandations sont utiles et ces réflexions fondées.

On s'est aussi servi d'affusions froides, momentanées, dont l'impression vive et prompte est suivie d'une réaction énergique. Ce fut Récamier qui, à l'imitation de Currie, mit en pratique ces moyens dès le commencement du siècle actuel. Parent-Duchâtelet et Martinet ont rapporté plusieurs exemples de succès [2]; M. Gendrin [3], M. Stackler, de

[1] *Journal d'Hufeland.* (*Bibliothèque médicale,* 1827, t. I, p. 309.)
[2] *Arachnitis,* obs. 119, 125, 126, 127, 128, etc.
[3] *Journal général,* 1822, t. XVII, p. 190.

Mulhouse, M. Schutzemberger [1], en ont également publié. L'emploi des affusions n'est pas toujours facile; la réaction qu'elles provoquent dépasse souvent le but qu'on veut atteindre; un état phlegmasique intense en serait aggravé, alors qu'un état principalement spasmodique en aurait été heureusement modifié.

Une condition générale, d'ailleurs, pour l'emploi des réfrigérants, quel que soit leur mode d'administration, est de ne pas les prescrire avant les déplétions sanguines, si celles-ci avaient été jugées nécessaires.

J'ai rencontré de nombreux exemples de l'utilité des applications froides permanentes. Je me borne à indiquer sommairement les deux cas suivants : Un jeune garçon, âgé de dix ans, après avoir passé quelques heures dans une étude très chaude, fut saisi subitement par l'air froid. Il eut des symptômes évidents de méningite, que deux applications de sangsues n'avaient pu enrayer; des compresses d'eau froide furent à tout instant renouvelées sur la tête et opérèrent un changement très rapide. Un décrotteur, âgé de seize ans, arrivé récemment à Bordeaux, avec un régiment qu'il avait suivi depuis Bayonne, était atteint de douleurs de tête générales, d'obscurcissement de la vue, de vertiges; il répondait à peine, poussait des cris plaintifs; les mouvements de la tête étaient très pénibles, la respiration entrecoupée de soupirs, la tache méningitique se produisait avec facilité. Une saignée du bras, huit sangsues derrière les oreilles et trois ventouses scarifiées à la nuque n'avaient encore amené aucun changement. On était au septième jour. On commença alors l'emploi des réfrigérants sur toute l'étendue du crâne. Dès le neuvième jour, on put constater une amélioration très sensible qui alla en augmentant, et le malade sortit de l'hôpital le vingtième jour.

Plusieurs auteurs ont préféré la glace à l'eau froide.

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1855, 29 février, et *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 317.

Leseure ([1]), Charpentier, Morelot ([2]), ont obtenu avec son emploi des guérisons. C'est sans contredit le réfrigérant le plus actif. Je crains seulement l'excès de son activité. Il peut convenir chez les sujets forts, sanguins, dont la réaction est très énergique. Il pourrait nuire chez les sujets faibles, tuberculeux, chez ceux dont la maladie date de plusieurs jours, et aussi quand il y a lieu de craindre qu'une exsudation séreuse ou purulente se soit déjà produite. De mauvais effets ont été constatés ([3]).

Quelquefois, en même temps qu'on a mis de la glace ou de l'eau froide sur la tête, on a plongé le reste du corps dans un bain tiède ou chaud, ou même sinapisé ([4]). On ne peut contester à cette association une très grande puissance ; on pourrait même lui reprocher trop d'énergie. Ainsi, on a vu un bain simple, mais chaud, aggraver subitement une méningite cérébro-spinale et la rendre mortelle en deux jours ([5]).

e. — Révulsifs dirigés sur les voies digestives. — Quand les voies digestives ne donnent pas d'indices d'irritation, on peut s'en servir pour opérer des révulsions avantageuses.

Les purgatifs sont les moyens le plus souvent employés. Le calomel est d'un usage fort ordinaire; il m'a paru toujours utile de lui associer quelque drastique comme le jalap, la scammonée, ou la gomme gutte. Je fais cette association pour éviter la salivation, quelquefois fort dangereuse chez les jeunes sujets. M. Hahn a vu un petit garçon de trois ans, atteint de méningite combattue avec succès par l'emploi prolongé du calomel ; mais la bouche s'était enflammée, la langue ulcérée, la face tuméfiée, la déglutition fut empêchée, et l'enfant expira. A l'ouverture du crâne, on

([1]) *Journal général*, 1815, t. LIV, p. 300.

([2]) *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1825, p. 220.

([3]) Costa, *Bibliothèque médicale*, 1827, t. I, p. 183. — Chauffard, *ibidem*, t. II, p. 154. — Mailliot (glace sur la tête 9 fois, 7 morts).

([4]) Amé, Forget, *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 841.

([5]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 198.

constata l'absence, c'est à dire la guérison de la méningite [1]. Ainsi, le remède avait été pire que le mal.

Divers médecins ont employé les *vomitifs* dès le début de la méningite. Ils y étaient invités par les nausées et les vomissements fréquents dans les prodromes ou dans les premiers jours. Souvent ils ne se doutaient pas de la gravité de la maladie. J'ai vu commettre et j'ai commis cette faute. J'en ai vu de si tristes résultats, que je ne conseillerais pas de s'y hasarder de prime abord, et à plus forte raison si l'on soupçonnait l'existence d'une phlegmasie méningienne intense. Ce ne serait d'ailleurs qu'après des émissions sanguines suffisantes et l'emploi des émollients, et si la maladie résistait ou s'aggravait, qu'on pourrait tenter une perturbation. Dans un cas qui paraîtrait désespéré, aurait-on recours au tartre stibié, selon la méthode de Rasori? On y serait autorisé par l'exemple de Laennec, qui réussit chez un sujet soumis déjà à un traitement antiphlogistique fort actif [2]. Mais, d'autre part, les faits recueillis par Dance [3], devraient rendre méfiant ou du moins prudent. Dans la méningite épidémique, on a vu souvent les vomitifs plus nuisibles qu'utiles (Lagrave, Ames, etc).

d. — **Révulsifs cutanés.** — Ces révulsifs sont moins dangereux et souvent plus efficaces. Toutefois, ils exigent eux aussi quelque prudence.

J'ai indiqué, il y a un instant, le bain entier sinapisé avec application simultanée des réfrigérants sur la tête. Si on a rarement recours à ce moyen peut-être trop stimulant, on fait un usage fréquent des pédiluves sinapisés ou des larges cataplasmes de lin saupoudrés de farine de moutarde, dont on enveloppe les membres inférieurs. Mais il faut encore ici observer les effets pour ne pas dépasser le but, c'est à dire surexciter le système nerveux au profit de la phlegmasie.

[1] *Archives*, 4e série, t. XX, p. 406.
[2] *Revue médicale*, 1825, t. II, p. 344.
[3] *Archives*, 1829, t. XX, p. 13.

La grande ventouse Junod n'aurait pas les mêmes inconvénients ; elle a été utile [1], mais elle est d'un emploi peu commode, et la pression très forte qu'il faut exercer autour des cuisses est difficilement supportée par les enfants délicats et sensibles ; de là, la rareté de son usage dans la pratique ordinaire.

Les vésicatoires aux jambes sont très souvent utiles ; il faut les faire suppurer.

C'est principalement sur la tête ou sur le rachis, selon le siége de la phlegmasie, que les révulsifs sont généralement appliqués. On s'est servi de l'huile de croton tiglium et de pommades stibiées [2]. Je préfère avec Watson [3] le vésicatoire ; mais je conseille de le laisser en place pendant un, deux ou trois jours sur le cuir chevelu bien rasé ; sans cette insistance, son effet est presque nul. Il faut que sous la calotte emplastique, il se forme une couche épaisse de matière purulente.

On a employé le moxa sur le sommet de la tête [4] ; mais ce révulsif doit être réservé pour la nuque, et surtout pour le rachis, dans la méningite cérébro-spinale. Il est très avantageusement remplacé par le marteau de Mayor, par la poudre de Vienne, ou même par le fer rouge. Ce sont des moyens extrêmement puissants dont on use dans les grandes occasions, et dont on s'est servi dans quelques épidémies avec succès (Rollet, Poggioli), et infructueusement dans d'autres (Mailliot, Péridon). Le séton peut donner de bons résultats quand la lésion est circonscrite, le cas sporadique, et la marche de la maladie chronique.

e. — Sédatifs du système nerveux. — La surexcitation nerveuse que la phlegmasie méningienne détermine, rend souvent nécessaire l'emploi des sédatifs ; on conçoit que le délire,

(1) *Gazette des Hôpitaux*, t. X, p. 604.

(2) Hahn, *Union*, 1850, p. 7. — Duparcque, *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 841.

(3) *Medical Observations and Inquiries*, t. IV, p. 321.

(4) Carrier et Desruelles, *Bullet. de la Société méd. d'Émulation*, 1824, p. 355, 366.

les mouvements convulsifs et les divers autres spasmes ouvrent largement cette indication.

Les bains tièdes, les irrigations d'eau très tempérée sur la tête, peuvent être utiles (1) ; mais pour le devenir, ils doivent être très prolongés.

Dans un cas extrêmement grave de méningite compliquée d'érysipèle et de spasmes très violents, j'ai employé le musc avec avantage. Dans la méningite épidémique, ce médicament a modifié l'état nerveux, mais n'a pas empêché la maladie de suivre son cours (Corbin); il en a été de même de l'éthérisation (Laveran, Hannard), du chloroforme; en Afrique, les résultats n'ont pas été satisfaisants.

Il n'en a pas été de même de l'opium. Le docteur Éléphanti, d'Eboli, ayant attribué à la méningite épidémique le caractère d'un vrai tétanos, s'est servi de la morphine avec avantage, mais on était à la fin de l'épidémie (2).

En France, l'opium a été employé par Forget, à Strasbourg, par Chauffard et Gérard, à Avignon, avec succès. De pareils résultats ont été obtenus à Cambrai, à Toulon, et en plusieurs autres contrées. Il paraît qu'au Chili les opiacés et les sudorifiques sont les moyens avec lesquels on combat la méningite avec le plus d'efficacité (3). Les effets de l'opium dans la méningite cérébro-spinale épidémique sont d'autant plus remarquables, que cette maladie est bien décidément inflammatoire et a pour tendance reconnue la production immédiate du pus. Mais les faits d'abord, les raisonnements ensuite. L'opium a été donné jusqu'à 4, 5 et 6 décigrammes en vingt-quatre heures.

f. — **Modificateurs spéciaux**. — Les moyens propres à remplir quelques indications spéciales sont : le mercure, l'iode, la quinine.

Les préparations *mercurielles* ont été considérées comme

(1) Carnet, *Gazette des Hôpitaux*, 1851, p. 453.

(2) *Revue médicale*, 1842, t. II, p. 409.

(3) Lafargue, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XVII, p. 197.

des résolutifs tout à fait appropriés aux affections cérébrales qui conduisent aux épanchements séreux. On a tenté de saturer de mercure, ou, en d'autres termes, de mercurialiser l'économie. Alors, le calomel à petites doses souvent répétées et de fréquentes onctions avec l'onguent napolitain, sur le cuir chevelu rasé, ou même dénudé par un vésicatoire, et sur la colonne vertébrale, ont été employés pendant plusieurs jours d'une manière presque continue. On cite des succès [1]; j'ai maintes fois conseillé ce moyen, et dans quelques cas, avec des résultats qui m'ont paru en démontrer l'utilité. Je fais ordinairement ajouter à l'onguent mercuriel de l'hydrochlorate d'ammoniaque. Voici l'un des faits dans lesquels l'efficacité de ces agents médicamenteux m'a paru assez bien démontrée.

Jean Verdery, âgé de onze ans, natif de Bordeaux, lymphatique, de constitution assez forte, avait été atteint, dans les premiers jours d'avril 1850, d'une légère angine gutturale. Il était convalescent depuis plusieurs jours, lorsque, le 22 du même mois, après s'être fatigué et ayant le corps en sueur, il alla s'asseoir sur du sable humide. Bientôt après, il éprouve des frissons, suivis de chaleur et de sueur. Il se plaint de douleurs à l'épigastre, et, le lendemain, il a des vomissements bilieux verdâtres. Le 28 avril, ce jeune garçon est admis à l'hôpital Saint-André. Il a la face pâle, le pouls petit, 60-64 pulsations. Au lit, il garde le décubitus dorsal, il a les yeux fermés, il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, il est plongé dans l'assoupissement, d'où on ne peut le tirer, malgré le bruit que l'on fait à ses côtés et les mouvements qu'on imprime à ses membres et à sa tête; toutefois, ces mouvements paraissent provoquer une douleur assez vive, mais qui ne s'exprime que par le jeu de la physionomie. Le ventre n'est nullement douloureux à la pression. On remarque un léger œdème aux membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'à la face; il est assez résistant, et élastique.

[1] Lettsom, *Medical Memoirs*, t. I, p. 180. — Sniadecki, prof. à Wilna (Wyslouch, Thèses de Paris, 1835, nº 69, p. 18). — Barre, *Revue méd.*, 1836, t. IV, p. 426. — Golfin. — Liegard, de Caen, *Ibidem*, 1837, t. I, p. 68. — Lemoine, *Ibidem*, 1839, t. II, p. 359. — Mazade, *Ibidem*, 1840, t. IV, p. 66. — Solier, *Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1843, t. X, p. 200. — Martin Solon, *Bullet. de Thérap.*, t. XXXIV, p. 448. — Leroy-Dupré, *Gaz. méd.*, t. XVI, p. 542. — M. Michel Lévy a vu dans la méningite épidémique une abondante salivation suivie d'une amélioration rapide. (*Gaz. méd.*, 1849, p. 808.)

(Vésicatoires aux jambes, bouillon.) — 29, même état, évacuations involontaires; par intervalles, les membres sont agités de mouvements convulsifs; il y a eu une forte attaque de convulsions, avec perte de connaissance et écume à la bouche. Après cette attaque, les membres supérieurs sont tombés dans un état de complète résolution. (Huit sangsues à l'anus; calomel, 1,0.) — Le soir, coma profond, sécheresse très grande des lèvres et des dents, évacuations involontaires, pouls petit, 92-96. — 30, pupilles dilatées, selles involontaires, coma, ventre douloureux à la pression, pouls petit, à 116-120. (Frictions répétées toutes les quatre heures, sur la tête, préalablement rasée, sur le cou et le dos, avec onguent napolitain, 30,0; hydrochlorate d'ammoniaque, 4,0.) — 1er mai, pouls petit, 130; la connaissance paraît un peu revenue; le malade ouvre les yeux quand on lui parle, et semble faire quelques efforts pour répondre. Langue sèche, avec un enduit brunâtre; selles toujours involontaires. On y a remarqué quelques vers lombricoïdes. (Décoction blanche de Sydenham; frictions avec onguent napolitain, 40; hydrochlorate d'ammoniaque, 10,0.) — *Soir*, même état; le pouls est toujours d'une extrême fréquence. 2, amélioration légère; le malade montre sa langue facilement, il comprend; mêmes symptômes. (Même traitement.) — 3, l'amélioration continue. Céphalalgie, pupilles moins dilatées, langue couverte d'un enduit jaunâtre; point de diarrhée; pouls petit et faible. (Mêmes frictions.) — 4, peu d'assoupissement; ventre légèrement tendu, pouls presque imperceptible; le malade oublie sa langue entre les dents; pupilles non dilatées, mais peu mobiles. — 5, pouls moins faible; paupière supérieure droite gonflée. — 6, pouls très perceptible, 92-96. — 7-8, amélioration sensible, infiltration du scrotum et des membres inférieurs, ventre tendu, volumineux; urines non albumineuses. (Chiendent avec acétate de potasse, 2,0; potages.) — 9-10, trois selles liquides, pouls à 84. — 11-12, diminution de l'infiltration. (Chiendent avec acétate de potasse, tannate de plomb pour saupoudrer les bourses.) — Du 13 au 19, disparition complète de l'œdème, état normal du pouls et de l'intellect; convalescence.

Les préparations d'*iode* et spécialement l'iodure de potassium ont été considérées comme propres à combattre la méningite granuleuse. M. Otterburgh assure l'avoir vu réussir dans cette maladie, et il ajoute qu'à Pesth on l'unissait au calomel [1]. M. Bourrousse de Laffore a rapporté huit observations

[1] *Union médicale*, 1850, p. 236.

de guérison par l'emploi interne de l'iodure de potassium aux doses de 75 centigrammes, un, et deux grammes. L'amélioration s'était produite dans les vingt-quatre heures ou en très peu de jours (1). Comment admettre alors qu'il s'agissait de méningites tuberculeuses? L'iodure de potassium aurait donc, contre les granulations et les tubercules des méninges, une puissance fondante ou résolutive qu'il ne possède pas à l'égard des tubercules pulmonaires, des granulations des séreuses, des tumeurs fibro-plastiques, etc.? Peut-être a-t-il agi en dissipant la phlegmasie concomittante et ramenant les granulations à l'état latent. Ce serait beaucoup, sans doute, mais ce résultat, comme cela a été dit, ne constituerait point une véritable guérison. Du reste, on s'en contenterait faute de mieux. Toutefois ce succès, même imparfait, n'est nullement affirmé par d'autres observateurs. Liégard assure qu'un médecin d'Agen ayant été autorisé par M. Blache à traiter dans son service, avec les préparations d'iode, quelques enfants atteints de méningite granuleuse, tous succombèrent (2).

En Angleterre, divers praticiens ont associé l'iode et le mercure. Ainsi, ils mêlent 5 centigrammes du premier de ces médicaments, à 2 grammes de calomel, et divisent ce mélange en seize doses, pour en donner une toutes les quatre heures. Bennett, Wilshire (3) en ont obtenu de bons effets. Je préfère employer ces agents isolément, c'est à dire donner par la bouche l'iodure de potassium, et introduire largement le mercure par le moyen des onctions et des frictions sur le crâne et le rachis.

Lorsque la méningite a présenté dans son cours des rémittences prononcées et plus ou moins régulières, et quand les phénomènes convulsifs ont dominé, on a fait usage du *sulfate de quinine* à dose assez élevée avec de

(1) *Moniteur des Sciences médicales*, juin 1861.
(2) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1854, n° 304, p. 9.
(3) *Excerpta from Lectures on the diseases of children. Med. Times*, july and august 1847 (half yearly abstract, t. VI, p. 196).

bons résultats. Des observations publiées par François (de Mons) ([1]), par Descrimes ([2]), par Maes ([3]), par M. Duparcque ([4]), ne laissent aucun doute sur l'utilité de ce moyen en pareille occurrence; il a été employé quelquefois avantageusement dans la méningite épidémique (Renard). J'ai prescrit plusieurs fois avec succès dans les conditions ci-dessus précisées la poudre de quinquina et de valériane, ou le sulfate de quinine en lavement. Ce mode d'administration avait été très heureusement mis en pratique par Hippolyte Cloquet, Houdaille, Maréchal et Mazet ([5]).

Dans la deuxième des observations de guérison de méningite tuberculeuse rapportées par Rilliet, le jeune malade traité par ce médecin et par Maunoir, fut soumis à l'emploi du *sulfure de potasse,* à la dose de 20 centigrammes dans une potion de 120 grammes (pour en prendre une cuillerée de deux en deux heures). La dose fut augmentée jusqu'à 50 centigrammes. Ces observateurs paraissent accorder une influence avantageuse à ce médicament, qui accroît notablement le flux urinaire ([6]). Je pense que son administration peut alterner avec celle de l'iodure de potassium et s'allier aux frictions mercurielles. On sait que les sulfureux préviennent souvent la salivation.

Un autre médicament a été préconisé aux États-Unis : c'est le *sous-carbonate de potasse,* donné en solution à la dose de 3 ou 4 grains chez les enfants, de 10 à 15 chez les adultes. Le Dr Ames attribue à l'emploi de cet alcali un prompt abaissement de l'excitation artérielle. Il ajoute que, dans un cas devenu chronique et menaçant le malade de démence, il fut prescrit avec grand avantage.

([1]) *Annales de la Médecine physiologique,* t. VIII, p. 14.

([2]) *Revue médicale,* 1827, t. II, p. 188.

([3]) *Annales de la Société médicale de Bruges,* 1843. (*Gazette médicale,* t, XI, p. 725.)

([4]) *Gazette hebdomadaire,* t. II, p. 840.

([5]) *Nouveau Journal de Médecine,* t. I, p. 129; t. III, p. 30; t. IV, p. 298; t. X, p. 17.

([6]) *Archives,* 5e série, t. II, p. 655.

g. — Traitement mis en rapport avec les différentes espèces de méningite. — Dans l'exposé qui précède des moyens de l'art employés pour combattre la méningite, on a pu reconnaître d'une manière indirecte les applications réclamées par les différentes espèces. Mais il me paraît essentiel de rattacher à ces principales divisions les modifications que le traitement doit subir en raison des circonstances. Il est bien entendu qu'il ne peut être question ici que d'une indication très sommaire.

1° La méningite crânienne générale et la méningite de la convexité réclament, selon leur intensité, selon l'âge et la constitution des sujets, l'emploi des émissions sanguines générales ou locales plus ou moins répétées, les émollients ou les sédatifs locaux, les bains, les réfrigérants sur la tête et les divers genres de révulsifs.

2° La méningite de la base, celle des ventricules et celle du cervelet, doivent être traitées par les émissions sanguines modérées, les réfrigérants, les onctions mercurielles, et surtout par les révulsifs dirigés sur le tube intestinal.

3° Les méningites rachidienne et cérébro-spinale sporadique demandent les émissions sanguines locales, surtout à l'aide des ventouses scarifiées, les émollients, les antispasmodiques et les révulsifs locaux énergiques.

4° La méningite épidémique a été combattue par les vomitifs, par les antispasmodiques, par les réfrigérants, par les révulsifs locaux et puissants, par le calomel, par le sulfate de quinine, et spécialement par l'opium.

5° La méningite syphilitique est traitée par les frictions mercurielles sur la tête et le rachis, le calomel, l'iodure de potassium, les bains sulfureux.

6° La méningite rhumatismale par les émissions sanguines, par les vésicatoires répétés, les stimulants diffusibles, les purgatifs drastiques, les mercuriaux.

7° La méningite granuleuse par les onctions mercurielles (avec addition d'hydrochlorate d'ammoniaque), par les révulsifs sur la tête, par le calomel et par l'iodure de potassium.

8° L'oto-méningite réclame le traitement des altérations graves de l'oreille interne : injections, émollients, résolutifs, révulsifs, etc.

9° La méningite devenue chronique, quelle que soit l'espèce à laquelle elle succède, veut une association de toniques et d'antispasmodiques, et surtout des révulsifs permanents.

b. — **Traitement consécutif.** — Lorsque les phénomènes caractéristiques de la méningite sont dissipés, les malades paraissent extrêmement affaiblis; ils sont fort maigres. C'est le moment de les restaurer, mais avec une extrême prudence. Les toniques deviennent nécessaires, surtout le quinquina en infusion ou sous la forme d'extrait mou ou d'extrait sec. Le régime, qui avait été sévère, doit devenir de plus en plus réparateur.

Parfois, il reste quelque symptôme encore assez grave qui dénote que les organes encéphaliques n'ont pas complètement repris leur état normal. Tels sont certains engourdissements, certaines paralysies partielles, qu'on est généralement tenté d'attribuer à un état de débilité; mais les stimulants l'augmentent. C'est alors une congestion circonscrite, mais opiniâtre, qui entretient ces débilités persistantes. En voici une preuve : Un homme, âgé de vingt-huit ans, avait eu des symptômes de méningite intense; il était guéri, mais il lui restait une paralysie des muscles droit supérieur et droit externe de l'œil et des nerfs iriens. Sichel, consulté, conseilla l'emploi des sangsues répétées, des purgatifs salins, des vésicatoires volants et des frictions mercurielles autour de la tête. Il y eut amélioration, puis guérison [1].

II. — ENCÉPHALITE.

Sous le nom générique d'*encéphalite* sont comprises les inflammations du cerveau, du cervelet, du mésocéphale et

[1] Lemoine, *Revue médicale*, 1837, t. II, p. 359.

du bulbe rachidien; en un mot, des organes de l'appareil nerveux renfermés dans la cavité du crâne, à l'exception des méninges et des nerfs.

Cette phlegmasie entraîne, dans le tissu de l'encéphale, des changements de vascularité, de coloration, de consistance (induration ou ramollissement rouge), engendre du pus, et, en quelques cas rares, produit une sorte de gangrène.

L'étude de ces divers modes d'altération, tout en témoignant de l'existence de l'encéphalite, a fourni des documents importants et nombreux qui ont contribué à fonder et à éclairer l'histoire de cette maladie.

Cette histoire est peu avancée comparativement à celle de la méningite. Elle a été très longtemps négligée.

Ce n'est pas que, dès la plus haute antiquité, aucune notion n'ait été acquise à son égard. J'admire même la sagacité dont Hippocrate a fait preuve en discernant quelques formes de cette grave affection, à laquelle il donna le nom de *sphacèle du cerveau*.

Pourquoi ce mot *sphacèle?* N'est-ce pas qu'Hippocrate ayant vu, après des lésions des parois crâniennes, le cerveau en une sorte de dissolution noirâtre et imprégné d'un fluide infect, a pu comparer ces effets à ceux d'autres traumatismes bien examinés par lui, et où la gangrène s'était produite [1]; puis, étendant cette forme pathologique à des états indépendants de tout traumatisme, n'a-t-il pas été conduit à lui conserver la même dénomination? Du reste, on peut reconnaître les caractères de l'encéphalite dans les descriptions abrégées où sont mentionnés le gonflement de l'encéphale, une douleur de tête générale, les tintements d'oreilles, la surdité, la tension et les battements des vaisseaux, les frissons et la fièvre, la jactitation, la terminaison par la mort au troisième ou au septième jour, et l'espoir de

[1] *Épidémies*, liv. VII, nº 35; *Des Maladies*, liv. XI, nºs 5, 20 et 23. Traduct. de Littré, t. V, p. 403; t. VII, p. 13, 35, 39. Voyez aussi les remarques de Littré dans l'argument des *Prénotions Coaques*, t. V, p. 581, et dans celui du 2e livre des *Maladies*, t. VII, p. 3.

guérison si la maladie dépasse le vingt-unième. Hippocrate a aussi indiqué les rapports de l'encéphalite et de l'otite [1].

On ne peut donc refuser au fondateur immortel de notre science l'honneur d'avoir reconnu, et considéré sous divers aspects, l'inflammation du cerveau, et on doit s'étonner que vingt siècles n'aient à peu près rien ajouté à ces premiers et importants aperçus. Que trouve-t-on, en effet, dans les écrits de cette longue série d'auteurs qui ont précédé l'ère de l'anatomie pathologique?

Celse a tracé quelques lignes relatives à la maladie qu'il nomme avec les Grecs *κεφαλαίαν*; mais il confond sous ce titre des affections très diverses. Il y place un *morbus acutus et pestifer*, une *imbecillitas neque gravis neque periculosa*, une *gravior dolor sed brevis, neque mortiferus* [2].

Aretée emploie le mot *céphalée* comme désignant une maladie longue et opiniâtre, à formes variées, mais dont aucune n'est significative d'une phlegmasie encéphalique [3].

Galien n'est pas plus explicite en traitant de la céphalée et des autres douleurs de tête [4]; il se borne à regarder la rougeur des vaisseaux des yeux comme l'indice de l'inflammation de quelque partie du cerveau [5], et il ne parle qu'incidemment de la suppuration dans les ventricules de cet organe [6].

Cœlius Aurelianus, qui n'avait donné une idée de la phrénésie que par les symptômes de cette affection, et qui ne s'était que vaguement expliqué sur son siége, n'est pas plus précis à l'occasion de la céphalée [7].

Alexandre de Tralles dit quelques mots de plus. Selon

[1] *Des Maladies*, liv. III, n° 1-4. Traduction, t. VII, p. 119 et 123. Coaques 183 et 184. T. V, p. 625. Aphorisme 50, sect. 7. T. IV, p. 593.

[2] *De Re medica*, lib. IV, cap. I, sect. 1. Paris, 1772, p. 173.

[3] *Morborum diuturnorum*, lib. I. *De Caus. et Signis morbor.* Lugd.-Bat., 1731, p. 27.

[4] *De Locis affectis*, lib. III, cap. IX.

[5] *De Humoribus Comment. primus*, p. 2. F.

[6] *De inæquali Intemperie*, t. I, pars 2ª, p. 44. C.

[7] *De Morbis acutis et chronicis*. Amstelodami, 1709, p. 270.

lui, quand la céphalée est avec sensation de pesanteur et avec douleur pulsative, elle peut dépendre d'une phlegmasie cérébrale ; mais il s'arrête là, et plus loin c'est la bile jaune qu'il dénonce comme cause du délire, de l'inflammation du cerveau et des méninges [1].

Dans son court chapitre sur l'inflammation du cerveau, Ætius annonce que cet organe se tuméfie au point de faire dissocier les sutures. La douleur de tête est vive, la face rouge et gonflée, les yeux sont saillants ; il y a des nausées et des vomissements bilieux [2]. Cette symptomatologie un peu restreinte de l'encéphalite est copiée par Paul d'Egine [3].

Avicenne a traité, sous le titre général de *soda*, des différentes douleurs de tête, les distinguant à l'infini par leurs causes, et donnant sur les apostèmes intra-crâniens, chauds et froids, des explications peu intelligibles, et sur l'inflammation du cerveau un aperçu très succinct où ne se trouve rien de plus clair ni de plus neuf [4].

Six siècles plus tard, Laz. Rivière, imbu des écrits d'Hippocrate, donne sur le sphacèle et les abcès du cerveau, comme effets de l'inflammation, des idées assez précises que l'observation paraît lui avoir suggérées [5] ; mais déjà, l'ère des faits plus exactement observés avait commencé. On verra ceux que Baillou, Henricus ab Heers, Wepfer, Laub, Spon, ont rapportés. Théophile Bonet et Morgagni réunissent des matériaux ; mais la connaissance de l'encéphalite s'en ressent à peine. Quelques observations sont recueillies par Barrère, par Stoll, par Bang ; elles n'auraient encore pu former un corps de doctrine.

Sauvages, néanmoins, essaie de séparer par des caractères tranchés la céphalite de la léthargie, de l'apoplexie et de la

(1) *De Arte medica*, éd. de Haller, *Artis medicæ Principes*, t. VI, p. 26 et 37.
(2) Tetrabiblos II, sermo II, cap. XXV.
(3) *De Re medica*, lib. III, cap. VII.
(4) Liber III, fen I, tractatus II et III, cap. IV. Venetiis, apud Juntas, 1555, p. 189 et 198.
(5) *Praxeos medica*. *Opera*, Lugduni, 1679, p. 184.

phrénésie [1]; mais Vogel et Cullen la confondent avec cette dernière [2]. Les dissertations de Fischer [3] et de Martin Van der Belen [4] n'atteignent pas encore le but; toutefois, elles dénoncent l'existence possible d'une inflammation latente ou occulte du cerveau, sujet qu'elles laissent assez obscur.

Borsieri fait de louables efforts pour y répandre quelque lumière. A l'exemple d'Hippocrate, il appelle la céphalite *sphacelismus cerebri*, et en rapporte un exemple, que je rattacherai pour plus d'exactitude à la méningo-encéphalite [5].

J.-P. Frank donne bientôt après une description plus étendue de l'encéphalite, mais en y comprenant l'inflammation des méninges, ayant supprimé la phrénésie du cadre nosologique [6]. Il publie ensuite plusieurs observations d'un certain intérêt [7].

Ph. Pinel, qui représente, par les nombreuses éditions de sa *Nosographie philosophique*, l'état successif de la science médicale française de 1798 à 1818, expose d'abord ses doutes sur la réalité d'une phlegmasie cérébrale proprement dite; puis il se décide à la séparer de la phrénésie, et présente quelques faits tendant à la faire admettre; mais quel choix peu rigoureux! Ici, c'est un squirrhe des couches optiques; là, c'est une tumeur stéatomateuse des ventricules; et pas une observation exacte et complète qu'il soit possible aujourd'hui de faire utilement servir à l'histoire de l'encéphalite.

(1) *Nosologia methodica; Phlegmasiæ parenchymatosæ. Cephalitis*, t. I, p. 484.

(2) *Apparatus ad Nosologiam Meth. seu Synopsis Nosologiæ*. Vogel se sert du mot *Phrenismus*. (*Inflammation du cerveau et de ses membranes*), p. 93. — Cullen, *Phrenitis*, p. 164. et *Éléments de Médecine pratique*, trad. par Bosquillon, t. I, p. 227.

(3) *De Cerebri ejusque Membranarum inflammat. et suppurat. occulta*. Gottingæ, 1781.

(4) *De Cerebri ejusque Membranarum inflammatione et suppuratione occulta*, 1784. (*Collectio Dissertationum medicarum in alma universitate Lovaniensi defensarum*. Lovani, 1796, t. III, p. 186.)

(5) *Institutionum Med. practicæ*, 1787, et ed. nova Lipsiæ, 1798, t. III, p. 148.

(6) *De curandis hom. morb. Epitome. De curandis inflammationibus*, lib. XI. Manheim, 1792, p. 42.

(7) *Interpretationes Clinicæ*. Tubingæ, 1812, p. 128, etc.

Cependant, vers la même époque, un clinicien sagace préparait, par ses recherches multipliées, de solides progrès. Récamier étudiait à l'Hôtel-Dieu l'inflammation du cerveau sous ses divers aspects; il la voyait imiter, par sa soudaineté, l'attaque d'apoplexie, et il inspirait la dissertation si souvent citée de Dan de la Vauterie (1); il essayait de distinguer, par la diversité des symptômes, les différences de siéges de l'inflammation encéphalique, comme nous l'apprend la thèse de Ducrot (2); il fournissait avec libéralité aux jeunes médecins qui observaient sous ses yeux de nombreux matériaux que plusieurs ont su plus tard faire fructifier.

L'étude de l'encéphalite se poursuivait aussi avec zèle dans les asiles consacrés au traitement des maladies mentales, ainsi que le prouve la dissertation de Bleynie écrite sous les yeux des médecins de Charenton (3).

Un des effets les plus connus de l'inflammation cérébrale, le ramollissement, n'avait point échappé à l'attention des divers observateurs anglais (4) et français (5); mais, en 1820, deux écrits importants dus, l'un à Lallemand (6), l'autre à Rostan (7), viennent éclairer ce sujet. Le premier attribue à l'état phlegmasique la perte de consistance du cerveau. L'autre admet cette origine pour certains cas, mais assigne à la majorité des faits une cause opposée; distinction justifiée par les recherches ultérieures. A ces travaux, sur le même

(1) *Apoplexie; effet d'une phlegmasie de la subst. cérébr.* (Thèses de Paris, 1807, n° 68).

(2) *Céphalite.* (Thèses de Paris, 1812, n° 106.)

(3) *Dissertation sur l'inflammation du cerveau avec lésion de l'entendement, ou Encéphalite.* (Thèses de Paris, 1809, n° 51.)

(4) Baillie (*Anatomie pathologique*, trad. de Ferral, p. 422) et Adair Crawford (*Cyclopedia of pract. Medicina*, t. I, p. 808) assurent que Jean Hunter a signalé le ramollissement du cerveau; que même il en avait très bien décrit deux formes dans une *Gulstonian Lecture*, faite, en 1796, au Collége des Médecins de Londres.

(5) Récamier a, le premier, reconnu en France le ramollissement inflammatoire du cerveau. Voyez ce qu'en dit Bricheteau, *Journal complémentaire*, t. I, p. 302.

(6) *Recherches anatomico-pathologiq. sur l'encéphale*. Paris, 1820–1834. 1re et 2e lettre.

(7) *Nouveau Journal de Médecine*, septembre 1820, t. IX, p. 3, — et *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, Paris, 2e édit., 1823.

état morbide, doivent s'ajouter les études multipliées de M. Durand-Fardel, qui, faites à la même source que celles de Rostan, portent cependant une autre empreinte, c'est à dire reconnaissent à l'origine inflammatoire du ramollissement un caractère de généralité que son prédécesseur lui avait refusé [1].

En 1825, M. Bouillaud fait paraître son *Traité de l'encéphalite,* dans lequel des exemples nombreux jettent une vive lumière sur l'histoire de cette maladie.

L'encéphalite, considérée dans l'enfance, fait le sujet de la thèse de Payen, soutenue en 1826.

Des faits publiés par Abercrombie, par Bright, par Raikem, par Sas, par Itard, par Andral, par Cruveilhier, par Lebert, par Forget, par Hughes Bennett, par Gull, etc., sont venus prendre rang parmi les documents les plus instructifs. En outre, les recueils des Sociétés anatomique, biologique, d'observation médicale, etc., et les publications périodiques, renferment d'utiles et nombreux matériaux. Je dois citer, enfin, le traité de M. Calmeil, si riche d'observations consciencieusement recueillies, et, dans une période plus récente, les intéressantes thèses de Raboutet (1865), de M. Ivan Poumeau (1866), et de M. Hayem (1868). C'est surtout au point de vue des modifications histologiques subies par la substance cérébrale sous l'influence de l'état phlegmasique, que ces derniers observateurs ont activement travaillé à l'étude de l'encéphalite. Ils sont arrivés à des résultats très dignes d'attention et d'examen.

C'est avec cet ensemble d'observations, de recherches et de travaux, et en y joignant quelques faits recueillis à ma clinique, que je pourrai ébaucher l'histoire générale de l'encéphalite.

Mais ici, comme pour les autres maladies déjà étudiées, et plus utilement encore puisque celle-ci est moins connue, il

[1] *Gazette médicale,* 1839, p. 70, etc. — Thèses de Paris, 1840, n° 261. — Mémoire couronné par l'Académie de Médecine, imprimé dans *Traité du ramollissement du cerveau.* Paris, 1843.

est indispensable de rapprocher, d'examiner, de comparer les faits eux-mêmes, afin d'en tirer des notions exactes, et de n'établir que des données d'une incontestable vérité. Il ne s'agira point des encéphalites qui pourraient être le résultat direct et immédiat d'un traumatisme violent des parois du crâne. Dans cette exposition, je suivrai encore l'ordre anatomique. Cette base me paraît non moins indispensable en ce moment que dans les études antérieures, surtout en ce qui concerne la distinction des symptômes et l'appréciation des lésions anatomiques.

Une première section comprendra les faits dans lesquels plusieurs parties de l'encéphale sont atteintes de phlegmasie. Une seconde renfermera ceux dans lesquels la phlegmasie n'occupait qu'un hémisphère cérébral. Dans les sections suivantes, se trouveront les encéphalites à siége plus circonscrit, et borné à un lobe ou aux parties médianes du cerveau, ou aux corps striés, aux couches optiques, au cervelet, au mésocéphale, etc.

Dans ces diverses sections, il sera nécessaire d'établir quelques subdivisions relatives aux changements que la phlegmasie entraîne dans l'aspect et l'état des organes. Ainsi, quelquefois, la texture est peu altérée, la couleur est surtout modifiée, elle présente une teinte rouge, rose, ou brun-rougeâtre plus ou moins foncée, ou jaunâtre ; la partie enflammée peut être plus volumineuse, plus saillante que dans l'état normal ; sa consistance peut avoir augmenté ; elle a bien plus souvent diminué ; du pus s'y est d'autres fois produit, et des abcès se sont formés.

Ces distinctions secondaires, en apparence si simples, si faciles à saisir, exigent cependant une certaine attention, afin d'éviter des erreurs d'appréciation fâcheuses. Ainsi, il ne faudrait pas confondre la coloration rouge due à la phlegmasie, avec une teinte de même aspect qui dépendrait d'une ancienne infiltration sanguine ou d'une simple injection, ou même d'un phénomène d'imbibition récente. Une induration de la substance cérébrale par suite d'inflam-

mation, devra être distinguée de celle de la sclérose ou des tumeurs hématiques, fibreuses, fibro-plastiques, etc. Quant au ramollissement, il importe de s'assurer qu'il ne dépend pas d'une lésion vasculaire. Un abcès lui-même qui paraît si facile à reconnaître, pourrait être confondu avec la fonte suppuratoire d'un tubercule volumineux. Ces avertissements sont nécessaires, afin de circonscrire, comme il doit l'être, le champ des recherches, et de n'y pas faire entrer des documents étrangers au domaine de la maladie qui fait le sujet de ce chapitre.

Ire SECTION. — ENCÉPHALITE A FOYERS ÉTENDUS OU MULTIPLES.

Cette première espèce d'encéphalite réclame un chapitre distinct, à cause de l'étendue que la phlegmasie embrasse, ou du nombre des foyers qu'elle occupe. Souvent elle affecte l'un et l'autre hémisphère, ou à la fois le cerveau, le cervelet, etc. Il importe de suivre les conséquences symptomatologiques de cette dissémination.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Encéphalite à foyers multiples ou étendus, avec rougeur, injection, tuméfaction ou induration des parties affectées.*

Ire OBSERVATION. — Soldat, dix-neuf ans, nerveux, faible, triste; vif désir de revoir ses parents. Céphalalgie, soif, insomnie, constipation; pas de fièvre. 29 juillet, face rouge, yeux fermés ou ouverts et saillants, pupilles resserrées, peau humide, délire tranquille, pouls lent, respiration naturelle, urine involontaire, odeur de souris. Somnolence, coma, sueurs profuses, déjections involontaires. 31, connaissance un peu revenue. Pouls petit, fréquent, tremblottant. Mort. — Taches bleuâtres sur le dos. Vaisseaux de la dure-mère injectés et taches rouges sur cette membrane. Vaisseaux de la pie-mère pleins de sang. Toute la masse cérébrale, jusqu'au centre ovale de Vieussens, très injectée et sablée de nombreux points rouges. Corps calleux et septum lucidum mous. Sérosité dans les ventricules latéraux, surtout dans le gauche. Plexus choroïdes rouges et parsemés de vésicules, dont une a la grosseur d'un pois. Vaisseaux de la base injectés. Cervelet, moelle allongée, moelle

épinière dans l'état normal. Poumons engoués. Rien de particulier dans les organes digestifs (1).

IIe Obs. — Soldat, vingt-quatre ans; chagrins; céphalalgie, fièvre, assoupissement, râle. Mort le dixième jour (après cinq saignées du bras, deux du pied, une de la jugulaire). — Vaisseaux du cerveau fort gonflés de sang; cerveau brun, presque de couleur marron clair, dur et beaucoup plus compacte que dans l'état naturel; cervelet un peu plus solide. De la sérosité nulle part. Concrétion polypiforme dans le ventricule droit du cœur. Vésicule biliaire vide (2).

IIIe Obs. — Charpentier, vingt-huit ans, forte constitution. Décembre, travail dans une chambre fort chaude, sueur; puis dans une cave froide et humide. Douleurs abdominales, vomissements. Huit jours après, délire complet, vociférations incohérentes, furieuses; agitation extrême, mouvements désordonnés et convulsifs des membres, qui, de temps en temps, demeurent fléchis et contractés. Face injectée, yeux brillants, le plus souvent fermés. Pouls dur, irrégulier, assez lent. Peau chaude et sèche, avec teinte ictérique générale. Neuvième jour, délire, agitation, état convulsif des muscles de la face, commissures des lèvres tirées en bas, grincement des dents, pupilles dilatées, urines involontaires tachant le linge en jaune. Pouls fort et dur, 95. Le soir, face vultueuse, vociférations, pupilles insensibles, sensibilité générale obtuse. Respiration stertoreuse, pouls dur et fréquent. Battements dans l'épigastre; symptômes tétaniques. Mort dans la nuit. — Sinus de la dure-mère gorgés de sang. Masse cérébrale d'une fermeté remarquable et comme augmentée de volume. Substance grise rougeâtre. Substance blanche présentant un pointillé abondant, d'où le sang coule en quantité. Injection moindre vers la base. Ni ramollissement, ni foyer apoplectique, ni sérosité dans les ventricules; muqueuse gastrique rouge, foie volumineux, brun, gorgé de sang noir. Peu de bile dans la vésicule (3).

IVe Obs. — Femme, trente-huit ans, mère de quatre enfants, vaniteuse, irascible, règles souvent douloureuses et avec des phénomènes hystériques; parfois, désordre dans les idées. En avril, scarlatine bénigne, convalescence, mais alors exaltation morale, loquacité, propos incohérents, extravagants; insomnie, fièvre, face rouge, animée; mouvements continuels de la tête et des membres. Dégluti-

(1) Jac. Joan. Sas, *De Encephalitide*. Lugduni-Batavorum, 1837, p. 36.
(2) Barrère, *Observations anatomiques*. Perpignan, 1751, p. 80.
(3) Forget, *Gazette médicale*, 1838, p. 756.

tion des liquides douloureuse. Cris, étouffements, agitation jusqu'au moment de l'agonie, arrivée douze jours après l'invasion de la scarlatine et six après celle de l'excitation cérébrale. — Pas de sérosité dans les méninges. Veines cérébrales et sinus remplis de concrétions fibrineuses, volumineuses et denses. Pie-mère mince et injectée, sans adhérence avec la surface cérébrale. Un foyer d'encéphalite sur chaque lobe cérébral postérieur; l'un et l'autre rouges, peu consistants et constitués par une combinaison de sang et de fibres nerveuses, et ayant l'aspect d'un morceau de foie. Un vaisseau qui traverse le foyer droit est oblitéré par un cordon fibrineux. Le lobe moyen droit présente vers le milieu de sa surface un autre noyau phlegmasique de même aspect. État normal des autres parties (1).

V° Obs. — Femme, quarante ans, menstruation irrégulière, puis très abondante; faiblesse. 26 octobre, syncope. Le lendemain, céphalalgie occipitale, convulsions générales, épileptiformes, plusieurs fois répétées; coma, yeux insensibles, pupilles contractées, face pâle et livide, déglutition impossible, pouls variable, fréquent, fort ou faible. Léger amendement, puis retour des accidents. Mort le 29. — Peu de liquide sous la dure-mère. Trois taches ecchymotiques à la surface du cerveau. A la partie supérieure de l'hémisphère gauche et jusqu'au dessus du ventricule, couleur rouge-brune de la substance cérébrale, parsemée de nombreux points rouges et de points jaunes moins abondants, sans autre altération de texture. Lésion analogue dans l'hémisphère cérébral droit, avec léger ramollissement au centre. Arachnoïde injectée à la base. Petite tache brune au centre de la moelle allongée (2).

VI° Obs. — Homme, cinquante-sept ans, journalier; discussion, lutte; exaspération, insomnie. Le lendemain, propos incohérents, courses désordonnées, refus de nourriture, immersion dans l'eau froide. Troisième jour, physionomie altérée, yeux encavés, lèvres sèches. On ne peut fixer l'attention du malade; il parle seul et tout haut, se croit roi, empereur, etc. Il vacille sur ses jambes. Prononciation embarrassée, langue tremblante, mouvements désordonnés. Les jours suivants, stupeur, pouls fréquent, déglutition difficile. Mort le neuvième jour. — Vaisseaux des méninges et du cerveau injectés. Cavité de l'arachnoïde sèche. Hémisphères cérébraux comme gonflés. Pie-mère résistante, très vasculaire, non adhérente à l'encéphale. Substance grise de la périphérie un peu rose, pointillée de rouge, sans altération de consistance; dans les corps striés et les

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 132.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 105.

couches optiques, elle est lie de vin. Cervelet plus vasculaire et plus injecté que le cerveau (¹).

VII° Obs. — Femme, mère de deux enfants, caractère intraitable, long abus des spiritueux. A trente-huit ans, cessation des règles. A cinquante-six ans, idées confuses, perte de la mémoire, délire mélancolique. Continuation des excès alcooliques; prononciation mal articulée, réponses faites au hasard, mains tremblantes, jambes fléchissant sous le poids du corps, déglutition difficile, déjections involontaires, perte complète de l'intelligence. Mort à cinquante-sept ans. — Pas de sérosité dans l'arachnoïde. Une circonvolution du lobe antérieur droit est rosée et transformée en un tissu plastique récent. Dans le centre des lobes antérieur et moyen droits se trouve une masse tremblante et jaunâtre. Les lobes antérieur et moyen gauches présentent, à l'intérieur, une sorte de lymphe coagulée, mollasse, filamenteuse, facile à écraser sous le doigt, et infiltrée au milieu des fibres cérébrales écartées. Cette altération s'étend aux parois du ventricule, au corps strié, au corps calleux. La partie antérieure des deux hémisphères ne représente, dit M. Calmeil, qu'une masse d'apparence gélatineuse, dans laquelle on distingue soit du sang infiltré, soit des anneaux grisâtres, criant sous le tranchant du bistouri, et emprisonnant un liquide granuleux; soit, enfin, des espèces de bourbillons celluleux, hérissés de granulations jaunâtres (²).

Deuxième Série. — *Encéphalite à foyers étendus ou multiples, avec ramollissement des parties affectées.*

VIII° Obs. — Garçon, quatre ans et demi. Mouvements convulsifs sans perte de connaissance, grincements des dents. Cris aigus, pouls 128, pupilles contractées, résolution des membres, trismus; cornées troubles, conjonctives injectées; respiration irrégulière. Rotation des yeux, tournés en haut. Mort le cinquième jour. — Cerveau volumineux, pie-mère infiltrée. Substance blanche rosée par plaques, d'où un aspect marbré. Au côté externe du lobe moyen gauche, ramollissement et coloration en rose de la portion corticale. Protubérance marbrée. Pas de sérosité dans les ventricules, mais il s'en écoule à chaque tranche du cerveau. Six invaginations de l'iléon et du jéjunum (³).

IX° Obs. — Fille, treize ans; depuis quinze jours, respiration un

(¹) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 171.
(²) *Idem, ibidem*, t. II, p. 368.
(³) Boulanger, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n° 195, p. 11.

peu gênée, pouls fréquent et dur, urines rares et colorées, constipation. Mouvements spasmodiques du bras droit, faiblesse du membre inférieur droit. — Ramollissement rouge du cerveau jusqu'à la moelle allongée. Moelle épinière saine; les membranes contiennent beaucoup de fluide séreux ([1]).

X[e] Obs. — Femme, vingt-six ans; depuis huit mois, céphalalgie, convulsions, symptômes d'irritation pulmonaire, puis abdominale; écoulement vaginal puriforme; ensuite, violente céphalalgie, photophobie, fièvre, convulsions, coma. Mort une semaine après l'invasion des symptômes cérébraux. — Surface du cerveau colorée en rouge-brun, jusqu'à un pouce de profondeur, en plusieurs places, surtout à la partie antérieure et supérieure des deux hémisphères et au lobe postérieur gauche. Les parties affectées sont plus molles que les autres; elles sont aussi plus vasculaires. Les parois du sinus longitudinal sont, en arrière, tuméfiées, au point de rétrécir considérablement la lumière de ce canal. Pas de lésion dans les organes thoraciques et abdominaux ([2]).

XI[e] Obs. — Femme, vingt-six ans, forte constitution, nourrissant un enfant de quatre mois. Inflammation du sein droit, large abcès, induration et point gangréneux. 10 août, fièvre intense, vomissements bilieux, selles fétides. 14, eschare détachée, cessation de l'allaitement. Redoublement de fièvre, vomissement, sueur copieuse, tremblement involontaire des membres. 16, céphalalgie violente, nouvel abcès au sein. 17, parole nulle, stupeur, paupières demi-ouvertes. Membres gauches paralysés et légèrement contracturés, sensibilité maintenue. 19, respiration stertoreuse, coma. Mort. — Foyer mammaire profond, veines voisines saines, ne contenant pas de pus. La convexité de l'hémisphère cérébral droit présente deux ramollissements considérables, l'un en avant et l'autre en arrière. Ce dernier pénètre dans le lobe postérieur, qui est désorganisé. A gauche, altération analogue dans le lobe postérieur. Du sang est mêlé avec la pulpe cérébrale, ramollie et colorée en rouge. Du côté droit, deux caillots de la grosseur d'un pois ([3]).

XII[e] Obs. — Paysanne, trente ans, vertiges, tremblement général, mouvements convulsifs des membres, délire, etc. — Ramollissement rouge aux deux hémisphères ([4]).

XIII[e] Obs. — Benjamin Marchand, âgé de trente-trois ans, de

([1]) Fantonetti, *Giornale di Patologia, etc.* (*Gazette médicale*, 1838, p. 105.)
([2]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 104.
([3]) (Service de Jadioux.) *Lancette française*, 1832, t. VI, p. 422.
([4]) Fantonetti, *Gazette médicale*, 1838, p. 105.

Noirmoutiers (Vendée), marin, bonne constitution, stature élevée, conformation régulière, tempérament lymphatico-sanguin, adonné aux liqueurs spiritueuses, sujet à des épistaxis, ayant éprouvé des chagrins et ressenti parfois des battements de cœur, a été atteint, dans le mois de juillet 1844, d'une paralysie de courte durée et dont on n'a pas spécifié le siége. Dans le mois d'août une seconde attaque a eu lieu consistant en l'abolition également momentanée de tout mouvement. Le 20 septembre suivant, après avoir passé deux nuits à la pêche sur les côtes de Bretagne et s'étant refroidi, il a été pris, vers quatre heures du matin, de tremblements du membre supérieur gauche, ainsi que de la jambe du même côté, mais à un moindre degré; en outre, sentiment de formication depuis l'articulation huméro-cubitale jusqu'à l'extrémité des doigts. Néanmoins, cet individu exécutait encore des mouvements; il a marché jusqu'à deux heures de l'après-midi. Alors, il a été frappé d'un affaiblissement subit de tout le côté gauche, en conservant le libre exercice des fonctions sensoriales et intellectuelles, et il a pu continuer à naviguer jusqu'à Bordeaux. (Saignée du bras.)

État du malade le 28 septembre, lors de son entrée à la clinique interne de l'hôpital Saint-André : céphalalgie intense, sans vertiges, ni éblouissements, ni sifflements d'oreilles; sensibilité normale, mouvement aboli au côté gauche du corps; pouls dur, peu fréquent; appétit, langue chargée d'un enduit muqueux, un peu rouge à la pointe; abdomen indolent, selles normales, urines copieuses. Il existe, au bord interne des poignets, des croûtes provenant de vésicules desséchées. Il y a de plus, au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus droit, une bulle large de deux centimètres, remplie de sérosité purulente, entourée d'une auréole rouge et surmontant une base dure. Une autre bulle de même nature se trouve à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras gauche. (Saignée du bras, qui fournit un caillot mou, deux ventouses scarifiées à la nuque.) — 30. Le malade commence à élever faiblement la main. (Frictions sur le membre paralysé et le long du rachis avec eau, 500,0; strychnine, 0,60; acide acétique, 10,0.) — 1er octobre. Pouls calme, faible; céphalalgie. Le malade relève plus facilement le bras et la jambe; il peut même faire quelques pas. (Extrait de noix vomique, 0,10; bains avec sulfure de potasse, 100,0.) — 4. Les mouvements du bras deviennent plus faciles, la main peut s'élever jusqu'au niveau de la bouche, la progression s'exécute sans trop de difficulté. (Même traitement.) — Du 5 au 19, il ne se manifeste aucun symptôme particulier, l'amélioration marche très lentement. — Le 20, sans phénomènes précurseurs, perte subite de connaissance, chute sur le visage, contracture violente des muscles de la mâchoire, immobi-

lité des yeux, qui sont portés en haut, écume à la bouche. Cette attaque dure trois minutes environ, puis l'intelligence revient; le pouls est fréquent, faible, dépressible. — 21. Point de fièvre, céphalalgie intense, vertiges, pupilles à l'état normal. (Lavement avec infusion de séné.) — 22. Le pouls reste calme, mais la céphalalgie persiste, et les mouvements du bras semblent un peu embarrassés. Deux selles. (Deux ventouses à la nuque.) Le même jour, nouvelle attaque qui dure vingt minutes; le malade était au lit en ce moment, il ne perd pas connaissance, mais la main gauche est agitée de tremblements; la bouche est déviée, tantôt à droite, tantôt à gauche; les pupilles sont dilatées. — 23. Ce matin à trois heures, attaque pendant laquelle le malade a perdu connaissance, et avait de l'écume à la bouche. Elle a duré un quart d'heure; elle s'est reproduite à sept heures et demie, s'est caractérisée par des tremblements des mains, une déviation des traits du visage à gauche, la dilatation des pupilles, l'immobilité et le renversement des yeux en haut; mais elle ne s'est pas accompagnée de perte de connaissance. Au moment de la visite, on constate l'absence de la fièvre, une certaine lenteur dans la parole et de l'hébétude. (Bain avec affusions froides sur la tête; infusion de valériane, 100,0.) Pendant le bain, nouveaux mouvements convulsifs des mains sans perte de connaissance. Ils durent deux minutes environ. — 24. Le bain est encore suivi des mêmes accidents que la veille; il existe une contracture telle des fléchisseurs de la main gauche, qu'il est presque impossible d'en étendre les doigts. — 25. Encore une attaque qui dure trois minutes avec fourmillements depuis la main gauche jusqu'au coude; point de perte de connaissance. (Bain avec affusion froide sur la tête; infusion de valériane, 100,0.) — Du 26 octobre au 3 novembre, il ne se manifeste aucun symptôme nouveau; mais il existe une céphalalgie que ne diminuent ni une application de sangsues derrière les oreilles, ni un vésicatoire à la nuque, ni l'infusion de valériane et les bains. — 4 novembre, deux attaques dans la même journée, sans perte de connaissance, mais avec mouvements convulsifs limités à la main gauche. La marche devient difficile, les mouvements des orteils du pied gauche sont un peu gênés. En outre, il existe une céphalalgie intense, le pouls est plein. Une saignée du bras ne produit aucune amélioration; la céphalalgie résiste à une application de sangsues derrière les oreilles, à des vésicatoires placés aux cuisses, au cyanure de zinc (0,10 par jour), etc. — Le 25, une attaque a lieu; elle commence par des cris, et se caractérise par une contracture du bras gauche, une déviation de la bouche à droite, avec contracture des muscles du visage de ce côté; la pupille gauche est plus dilatée que la droite; les lèvres sont couvertes d'écume. Mort dans la journée.

Nécropsie. — Rigidité et contracture plus manifestes aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, ecchymoses à la partie postérieure du tronc et du cou. La dure-mère est injectée, elle offre une tension très évidente. L'arachnoïde présente des surfaces sèches. Le cerveau se montre volumineux. A la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère droit, il y a une proéminence provenant de la distension de la dure-mère qui adhère intimement avec les méninges, et celles-ci avec la surface du cerveau. Au dessous, existe un large foyer où la substance encéphaliqué est ramollie, rougeâtre et parcourue de vaisseaux qui lui donnent une couleur brune noirâtre. Cette altération a quatre centimètres de longueur, trois centimètres de largeur. Le ramollissement pénètre dans la substance cérébrale sous-jacente à quelques centimètres; il n'en est pas de même tout autour, où le cerveau conserve une densité qui dépasserait même celle de l'état normal. A la face interne du même hémisphère, servant de paroi au foyer précité, on observe quelques inégalités et des empreintes provenant des adhérences intimes que les méninges y ont contractées. Dans le corps strié droit, existe un ramollissement rouge ayant à peu près deux centimètres dans tous les sens, non enkysté; mais tout autour la substance médullaire a une teinte jaunâtre. Le ramollissement est plus grand au centre qu'à la circonférence. Il y a, en outre, un fluide séreux, jaunâtre, qui s'est écoulé. Dans le centre de l'hémisphère droit, dans l'épaisseur de la substance médullaire, on trouve une sorte de kyste allongé, contenant une substance très molle, pulpeuse, d'une teinte rosée. Il n'y a point d'épanchement. Les parois de ce kyste ont d'épaisseur, depuis deux jusqu'à quatre millimètres; elles sont peu résistantes, rougeâtres. A l'union des lobes moyen et antérieur gauches, à deux centimètres et demi de la scissure médiane, existe encore un ramollissement rougeâtre, rosé, pulpeux, arrondi, continu avec la substance médullaire, ayant deux à cinq centimètres de largeur. Point d'épanchement dans les ventricules latéraux. Voûte à trois piliers et septum lucidum sains. Point d'altération dans les vaisseaux cérébraux. Adhérences de la plèvre avec le poumon droit, qui est engoué, ainsi que celui du côté opposé. Diverses tranches mises dans l'eau surnagent. Cœur petit; épaisseur des parois du ventricule gauche : deux centimètres et huit millimètres; épaisseur du ventricule droit : quatre à cinq millimètres; membrane interne de l'aorte, cavités et orifices du cœur, exempts d'altération; viscères abdominaux sains.

XIV[e] Obs. — Femme, quarante ans, tempérament sanguin, sec et nerveux. Palpitations, étouffements; céphalée ancienne, devenue déchirante en janvier. Alors, suspension des règles, hémiplégie

droite, dissipée en partie. Céphalalgie intense aux parties latérales et postérieure de la tête. Face stupide, parole lente. Symptômes d'affection du cœur. Mai, constipation, conjonctive droite enflammée, céphalalgie intolérable. État spasmodique, érysipèle de la face. Mort. — Corps strié droit ramolli, infiltré d'une humeur jaunâtre; les parois du foyer ont une surface lisse et polie. A l'union des lobes moyen et postérieur gauches, ramollissement analogue, avec quelques petits caillots de sang. Ce foyer est tapissé par une membrane fine, jaunâtre, fragile. On y distingue quelques ramifications vasculaires brisées. La substance cérébrale immédiatement contiguë est ramollie. Dans le lobe droit du cervelet, même altération. Hypertrophie du cœur. Altération de l'aorte (1).

XVe Obs. — Cloutier, quarante-deux ans; toux, douleur dans la région du foie. Céphalalgie, douleur au coude, puis paralysie du bras gauche. Vomissement, perte de connaissance subite, suivie d'hémiplégie gauche, avec persistance de la sensibilité; langue inclinée à gauche, impossibilité de fermer l'œil gauche. Cinquième jour, convulsions du bras droit et du globe de l'œil; bientôt après, paralysie de tout ce côté. Impossibilité de parler et de se mouvoir. Mort le huitième jour. — Plénitude des vaisseaux cérébraux. Léger excès de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules. Au centre de l'hémisphère droit, à environ un pouce de la surface, ramollissement rouge, entouré de substance blanche ramollie. A la partie postérieure de l'hémisphère gauche, petit foyer de ramollissement analogue. Foie large et mou (2).

XVIe Obs. — Femme, quarante-cinq ans, lymphatique, pléthorique. Hémiplégie subite à droite, avec perte de la sensibilité; tête tournée à gauche, bouche relevée du même côté; langue déviée à droite, membres gauches faibles. Intelligence conservée, parole à peu près nulle. Pouls, 96; inspirations, 18. Évacuations involontaires. Sang de la saignée couenneux. Mort le septième jour. — Ramollissement général de l'hémisphère gauche. Teinte jaunâtre, café au lait, de la substance corticale; coloration lilas et injection de la substance médullaire. Couche optique et corps strié gauches mous, ainsi que le lobe gauche du cervelet (3).

XVIIe Obs. — Femme, quarante-cinq ans, ancienne paralysie des deux côtés du corps, plus du côté gauche que du droit. — Hémisphère

(1) Bouillaud, *Encéphalite*, p. 138.

(2) Malcolm, *Dublin quarterly Journ. of med. Science*, 1851, may, p. 472.

(3) Barth, dans Durand-Fardel, *Traité du ramollissement cérébral*, p. 102.

droit du cerveau et lobe gauche du cervelet, désorganisés, diffluents, lie de vin. Artères obturées par des caillots fibrineux desséchés (¹).

XVIIIe Obs. — Femme, quarante-huit ans; depuis dix mois, violente céphalalgie frontale. 10 juillet, tout à coup, chute dans la rue. État de stupeur; pas de réponses. Deuxième jour, membres mus avec lenteur, main portée au front du côté gauche, qui est douloureux. Réponses lentes, ouïe dure. Pommettes violacées, yeux brillants. Épigastre sensible à la pression. Respiration gênée, lente, suspirieuse. Pouls plein, dur, 110. 18 juillet, face vultueuse, céphalalgie intense. 21, perte subite et complète de la parole, pouls naturel, abdomen douloureux à la pression. Paralysie du mouvement des membres droits, avec conservation de la sensibilité, mouvements du cou libres; ouïe et vue de l'œil droit conservées. Urines involontaires. 26, pouls 116, pupilles contractées, sensibilité exaltée à droite. Légère amélioration, puis aggravation. Mort le 8 août. — Eschare au sacrum. Moelle épinière à l'état normal. Injection des vaisseaux sous la dure-mère. Ramollissement du centre ovale gauche et du lobe antérieur, qui présente un aspect puriforme. Corps calleux et voûte à trois piliers ramollis. Au devant et au dessus du corps strié gauche, petit caillot de sang. Couche optique du même côté enflammée. Ramollissement rouge du lobe antérieur droit. Quelques points d'ossification dans l'aorte, dont la membrane interne s'est détachée en un point (²).

XIXe Obs. — Homme, quarante-huit ans, hypertrophie du cœur. Mars, fourmillement à quelques doigs, à la main, à l'avant-bras; tête pesante. Palpitations de cœur violentes, suffocation, réveils en sursaut, pouls extrêmement plein. 28, saignée, sang sortant par jets saccadés, comme celui d'une artère. Immédiatement après, embarras de la langue, fourmillement dans les lèvres, engourdissement du bras gauche. 30, air hébété, parole difficile, commissure gauche des lèvres abaissée, langue déviée à gauche. 31, paralysie complète du membre supérieur gauche, incomplète du membre inférieur droit. Parole facile; écoulement de salive, bâillements fréquents, hoquet, assoupissement. Jambe gauche affaiblie; néanmoins, marche possible, connaissance entière. 4 avril, vomissement par l'effet d'un apozême purgatif. Engourdissement, réponses tardives. Céphalalgie au niveau de l'arcade orbitaire et de la tempe droite; tête retombant en avant. Pouls vif, bref, peu développé.

(¹) Lenoir, *Bullet. de la Soc. anat.* (*Nouv. Biblioth. médicale,* 1829, t. III, p. 70. — *Revue médicale,* 1830, t. II, p. 235.) — D'après Lenoir, c'était une gangrène du cerveau; d'après la plupart des autres membres de la Société anatomique, c'était un ramollissement.

(²) Bally, *La Clinique,* 1829, oct., p. 129.

Sinapismes aux pieds sentis plus à droite qu'à gauche. Jambe gauche paralysée. Sensibilité générale plus vive; le contact des membres provoque des mouvements convulsifs. (Sangsues dans le nez.) 6 avril, paralysie des paupières supérieures, mais vue très distincte. Langue peu mobile, réponses tardives et à voix basse, intellect normal, tempe droite douloureuse. Contracture des membres gauches, à demi-fléchis. Saignée; sang vermeil et presque artériel. Demi-heure après, respiration précipitée, nasale, très profonde, sifflante dans l'inspiration; mouvements répétés de la main droite vers la tempe. Mort dans la journée. — Surface de l'hémisphère gauche sèche, du droit humide. Couche superficielle de la substance grise du côté gauche molle, s'enlevant avec la pie-mère. Cette substance, sur sept à huit circonvolutions, est une pulpe d'un rouge amaranthe peu foncé. D'autres circonvolutions n'ont qu'une simple injection vasculaire, avec couleur rosée. A droite, les circonvolutions des quatre cinquièmes moyens de la convexité offrent un ramollissement rouge amaranthe dans leur substance grise. Un ramollissement analogue occupe le centre de l'hémisphère du même côté, ayant le volume d'un œuf de pigeon; tout autour, la substance médullaire forme une bouillie sèche et blanche (1).

XXe Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, hémiplégie droite, lentement accrue, sans convulsions ni contracture. Intellect affaibli, réponses tardives, mais justes. Pas de céphalalgie. Au bout de trois mois, agitation, délire, roideur tétanique du membre supérieur gauche dans le sens de l'extension. Mouvements fréquents du membre inférieur du même côté; puis paralysie égale des deux côtés; affaissement, diarrhée. Mort. — Pie-mère injectée sur toute la convexité des hémisphères. Substance cérébrale ferme et injectée. A l'extrémité antérieure et interne de l'hémisphère gauche, ramollissement pulpeux d'un blanc rosé, avec rougeur des méninges voisines. Cette altération s'étend jusqu'au corps strié. En dehors de la couche optique gauche, deuxième ramollissement couleur chocolat. Dans le corps strié droit, troisième ramollissement couleur jaune-rougeâtre. Engouement pulmonaire. Injection de la muqueuse gastro-intestinale (2).

XXIe Obs. — Homme, cinquante-sept ans, viveur. 1er janvier, vertiges, douleur à la région pariétale droite. Diminution de la sensibilité dans ce côté de la face et larmoiement de l'œil correspondant. 7, face vultueuse, conjonctives injectées; œil droit saillant, se déviant à gauche; sa vision altérée et insensibilité de sa muqueuse.

(1) Cruveilhier, *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1829, t. III, p. 271.
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 431.

Commissure gauche des lèvres tirée en haut; mouvements des membres gauches affaiblis, avec sensation de froid; vertiges, pouls 85 et plein, langue blanche, évacuations régulières et soumises à la volonté, sommeil calme. Pas de trouble intellectuel. 16, diminution de la sensibilité cutanée du membre inférieur gauche. 22, vision de l'œil droit perdue. Débilité musculaire. 1er février, amélioration dans l'état de la sensibilité et de la motilité. Le malade assure ne souffrir d'aucune partie, mais il porte souvent la main non paralysée au côté droit de la tête, comme s'il ressentait quelque chose d'indéfinissable. 25, symptômes de pneumonie. Mort le 7 mars. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne en quelques points. Dans l'hémisphère droit, deux ramollissements de la grosseur d'une noix, appartenant, l'un au lobe moyen, l'autre au postérieur. Dans le lobe moyen gauche, ramollissement de même étendue. Dans le lobe droit du cervelet, ramollissement de la grosseur d'un pois, et dans le gauche, un autre ramollissement gros comme une noix. Ramollissement pulpeux de la partie supérieure du pont de Varole. Tous ces ramollissements sont rouges. Dans le corps strié et le pied d'Hippocampe droits, il y a quelques points de ramollissement jaune. Masse tuberculeuse dans le médiastin postérieur (1).

XXIIe Obs. — Peintre, cinquante-huit ans, tempérant; débilité de la main droite, et immédiatement après de la gauche; sentiment de pesanteur sans douleur dans la tête, vertiges, faiblesse, langueur, assoupissement, sensibilité conservée, pupilles contractiles. 8 juin, paralysie du membre supérieur gauche, avec contracture de l'avant-bras; si on veut l'étendre, il revient de suite dans la demi-flexion; sens et intellect intacts, pupille gauche plus resserrée que la droite; mouvement volontaire conservé aux membres inférieurs; pouls 90, et plein. 22, assoupissement, mais possibilité de répondre aux questions; paralysie complète des deux membres supérieurs; motilité libre des membres inférieurs; évacuations involontaires, point de céphalalgie, ni de paralysie de la langue; pouls 66, convulsions partielles affectant le côté droit de la face ou le bras droit. Le 25, et les jours suivants, coma, l'excitation des pieds produit le trémoussement des membres; les convulsions affectent aussi le bras gauche, et successivement le côté gauche du cou et de l'abdomen, et seulement les muscles extenseurs; la joue droite est paralysée. 1er juillet, la connaissance est recouvrée, ainsi que la parole, et le mouvement de la joue droite; sensibilité parfaite aux membres supérieurs et inférieurs. 2, convulsions revenues aux membres supérieurs. 3, perte de connaissance, pouls 108, respirations 40;

(1) Henri Searles, *Medico-chirurg. Review*, 1837, july, p. 243.

secousses convulsives partielles du sterno-mastoïdien ou du pectoral gauche, ou du trapèze droit, et des extenseurs du poignet et des doigts; bouche ouverte, joue droite de nouveau paralysée, iris encore sensibles. Mort. — Maigreur; à la surface supérieure du lobe postérieur gauche, existe une collection d'une once de sérosité trouble, la substance cérébrale environnante est ramollie; au côté externe du même hémisphère, se trouve un ramollissement du volume d'une petite noix. Il est circonscrit, rouge et diffluent au centre. Deux autres ramollissements analogues occupent l'un, le lobe moyen, l'autre, le lobe postérieur de l'hémisphère droit. Un cinquième ramollissement se trouve dans le lobe antérieur droit, près de sa surface inférieure, à un pouce et demi au devant de la scissure de Sylvius. Un sixième existe dans la couche optique gauche, et un septième dans la partie latérale de l'hémisphère du même côté. Ce dernier est le plus pultacé. Il y a une demi-once de sérosité dans chaque ventricule. Le lobe gauche du cervelet contient deux ramollissements : l'un du volume d'une noisette, et l'autre plus petit. On en rencontre un dernier dans la protubérance annulaire, à sa surface inférieure, s'étendant plus à gauche qu'à droite de la ligne médiane. Ces ramollissements sont circonscrits, arrondis, d'un rouge clair; leur centre est pulpeux, la texture cérébrale y est altérée, détruite, ou fluidifiée. Dans ce dernier cas, une membrane très vasculaire enferme le ramollissement. Artères vertébrales épaissies, élargies, et leurs parois parsemées de dépôts opaques. Cœur volumineux, aorte de petit calibre. Les parties de l'encéphale ramollies ont montré au microscope beaucoup de corpuscules d'exsudation et de granules (1).

XXIIIe Obs. — Homme, frappé d'apoplexie avec hémiplégie gauche, stupeur et débilité profondes. Mort au bout d'un mois. — Un peu de sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde. Ventricule droit distendu par de la sérosité et du pus. Hémisphère droit, à l'exception du tiers antérieur, converti en une masse molle et presque fluide, de telle sorte que la tête étant penchée, la substance cérébrale s'écoulait avec la sérosité du ventricule. La partie postérieure des couches optiques était également molle et liquifiée (2).

XXIVe Obs. — Femme, soixante-cinq ans, forte constitution. Apoplexie il y a quelques années, hémiplégie gauche dissipée. Janvier, malaise, pesanteur de tête, dyspepsie. Quelques jours après, yeux

(1) J. Hughes Bennett, *Pathological and histological Researches on inflammation of the nervous system*. Edinburgh, 1843, p. 18.

(2) Bang, *Selecta diarii nosocomii regii frid. hafniensis*. Hafniæ, 1789. — Ann. 1789, julius, n° 4, t. I, p. 27.

fixes, traits immobiles, face livide, engourdissement, fourmillement dans les membres gauches, pas de fièvre. Onzième jour, délire pendant la nuit. Céphalalgie du côté droit, hémiplégie gauche, bouche sèche, soif, douleur de l'abdomen, selles liquides; pouls inégal, intermittent, respiration fréquente, convulsions du côté non paralysé. Mort le quinzième jour. — Injection des vaisseaux de la dure-mère. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne sans inflammation. Ramollissement du lobe cérébral postérieur droit, jusqu'à six à huit lignes de profondeur. Près du corps strié, kyste provenant d'un ancien épanchement sanguin; l'hémisphère gauche offre une rougeur et une consistance qui caractérisent l'état phlegmasique. Ces marques d'inflammation ont pour siége la substance blanche, le centre de l'hémisphère (1).

XXV° Obs. — Homme, soixante-six ans, robuste; attaques d'apoplexie à trente-sept, à cinquante-quatre et à soixante-deux ans, toujours avec hémiplégie du côté droit et secousses convulsives de la cuisse gauche. En octobre, étourdissements et nouvelle hémiplégie, cette fois du côté gauche. Déviation de la commissure des lèvres à droite, langue dirigée à droite. Parole embarrassée. Évacuations involontaires, agitation du bras droit, dyspnée, assoupissement. Mort le vingtième jour. — Développement des granulations de Pacchioni. Méninges légèrement injectées. Infiltration sous-arachnoïdienne, corps strié et couche optique gauches très volumineux; le premier est inégal, comme cicatrisé. Dans le centre ovale droit, teinte jaunâtre et ramollissement de la substance médullaire. Ces changements sont plus sensibles vers la substance corticale, qui est très ramollie et de teinte rosée. Moelle normale, rein droit atrophié, avec calculs urinaires (2).

XXVI° Obs. — Femme, soixante-neuf ans; depuis longtemps, mouvements des jambes difficiles. 13 janvier, sorte de voracité, irascibilité. Peu d'heures après, perte de l'intelligence, de la parole; mouvements spasmodiques des doigts. Décubitus dorsal, respiration accélérée, bruyante; résolution des membres droits, conservation de la sensibilité. Yeux mobiles, pupilles contractiles, peau chaude, pouls fort et fréquent. Déglutition facile. 15, motilité conservée dans les membres gauches. Œil droit fermé. Insensibilité générale, pouls intermittent, déglutition impossible, râle, sueur visqueuse. Mort le soir. — Toute la masse cérébrale est rougeâtre; les circonvolutions sont larges. A la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère gauche, ramollissement considérable, présentant l'aspect

(1) Foville, dans Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 45.
(2) Rullier, *Journal hebdomadaire*, 1828, t. I, p. 139.

d'un fruit pourri; pulpe cérébrale en bouillie, à l'extérieur, de la largeur d'une pièce de 3 francs; profondément, le ramollissement s'élargit, et il s'étend jusqu'au voisinage de la cavité digitale. La substance médullaire environnante est molle et très rouge. La substance corticale est partout rosée. Poumon droit hépatisé ([1]).

XXVIIe Obs. — Femme, soixante-neuf ans; oppression, maigreur, toux, bronchite. 17 mai, céphalalgie. Le lendemain, assoupissement subit, perte complète du sentiment et du mouvement dans le bras gauche, et non de la sensibilité dans le membre inférieur du même côté. Pas de céphalalgie, raison intacte, parole distincte. Déviation de la bouche à gauche. Pouls fréquent et intermittent. Tête penchée à gauche. 19, insensibilité du membre inférieur gauche et de la paroi gauche du thorax; peau chaude. 20, intelligence entière. Mort le soir. — Vaisseaux de la surface cérébrale injectés. Un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules. Les membranes s'enlèvent avec facilité, excepté sur quelques circonvolutions externes de l'hémisphère droit, où une couche de substance corticale ramollie leur reste attachée. Corps strié du même côté ramolli, sans changement de couleur du côté du ventricule, mais avec teinte amaranthe du côté de la scissure de Sylvius. Toutes les circonvolutions qui occupent la corne sphénoïdale, plusieurs de celles de la scissure de Sylvius, d'autres occupant la partie inférieure et externe du lobe antérieur du même côté, sont ramollies, sans changement de couleur, excepté dans quelques points. Diverses circonvolutions sont rosées, ainsi que les deux couches optiques et le corps strié gauche ([2]).

XXVIIIe Obs. — Homme, soixante-treize ans, constitution grêle. Depuis deux ans, aliénation mentale, puis démence sénile; faiblesse des membres égale des deux côtés, marche chancelante, chutes; sensibilité conservée, fonctions digestives régulières, mais mastication lente; urines parfois involontaires; pas de fièvre. Mort subite. — Point de méningite; très mince ramollissement de couleur rose ou de rouille à la surface de la substance corticale. Au centre du lobe antérieur droit, sorte de tampon ou bourbillon résistant et jaune, à teintes variées, comme implanté dans la substance blanche ramollie; deuxième bourbillon dans le lobe postérieur du même côté. Corps strié droit ramolli et lie de vin. Au centre du lobe antérieur gauche, non ramolli, bride ou cicatrice celluleuse incolore très ancienne. Corps strié gauche ramolli, de couleur vineuse, moins foncée qu'à droite. — Examinée au microscope, la substance médullaire, ramollie, contient un blastème aqueux abondant, des

([1]) Trélat, dans Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 103.
([2]) Jarrin, *Gazette médicale*, 1833, p. 835.

fibres cérébrales isolées, des corpuscules nerveux plats, gris, ponctués, de nombreux granules molléculaires, des cellules granuleuses amples et composées de 30 à 40 grains, des globules de sang plats et altérés, des lamelles vitreuses très nombreuses de cholestérine. La trame du bourbillon, d'apparence celluleuse, fournit un liquide épais, composé, ainsi qu'elle-même, de globules sanguins, de cellules agminées, de granules molléculaires et de vitraux de cholestérine. La substance cérébrale voisine, qui semble saine, contient les éléments de l'inflammation; seulement, les fibres cérébrales ne font que commmencer à s'isoler, et les cellules granuleuses y sont encore peu répandues ([1]).

XXIXe Obs. — Femme, soixante-treize ans, sujette au flux hémorroïdal; pendant six mois, accès avec engourdissements, fourmillements des doigts, affaiblissement des membres supérieurs, embarras de la parole. Dans la dernière attaque, assoupissement, roideur générale, cris aigus quand on cherche à étendre les bras, bouche déviée à droite; coma, résolution et insensibilité générales. Mort.— Pie-mère infiltrée de sérosité; à la partie moyenne de l'hémisphère droit, circonvolutions remplacées par une substance pulpeuse d'un blanc grisâtre, adhérente à la pie-mère; autour de cette altération, la substance corticale est transformée en plaques jaunes, membraniformes, mollasses; quelques circonvolutions de l'hémisphère gauche sont molles et rougeâtres, et d'autres couvertes de plaques jaune chamois, plus minces que la couche corticale elle-même. Substance médullaire subjacente ramollie, et offrant dans une petite étendue un tissu cellulaire infiltré de liquide (lait de chaux), et composé de nombreux filaments blancs très fins et entrecroisés ([2]).

XXXe Obs. — Femme, soixante-seize ans; céphalalgie, engourdissement, fourmillements dans les membres; hémiplégie passagère, puis perte subite de connaissance; hémiplégie gauche complète du mouvement, et incomplète de la sensibilité, déviation de la face à droite, stertor. Mort le troisième jour. — Ramollissement de la substance corticale à la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche, pénétrant dans la substance blanche à la profondeur de deux lignes. Autre ramollissement dans l'hémisphère droit, traversant la substance blanche jusqu'au corps strié, qui est presque entièrement détruit. Le ramollissement de la substance blanche présente une sorte de détritus très mou et de couleur grisâtre. Sérosité dans les ventricules ([3]).

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 364.

([2]) Durand-Fardel. *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 252.

([3]) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1839, p. 70.

XXXIe Obs. — Femme, soixante-dix-sept ans, constitution affaiblie. Depuis quelques années, démence sénile, hémiplégie droite. Juin, état convulsif des membres, qui restent contractés; pupilles dilatées, contractiles, respiration laborieuse, interrompue, déglutition impossible, tremblement de la mâchoire inférieure. Mort le septième jour. — Dure-mère couverte de sang; surface du cerveau vers le milieu de chaque hémisphère, principalement du droit, offrant un espace mou, de couleur jaune, d'un pouce d'étendue. Toute la masse cérébrale offre une teinte marbrée. Ventricules remplis de sérosité. A la partie postérieure de l'hémisphère gauche, kyste résultant d'un ancien épanchement ([1]).

XXXIIe Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans. Septembre, agitation, loquacité, divagations; mouvements des membres libres, symptômes d'engouement pulmonaire, diarrhée, maigreur. (Saignée.) Amélioration, mais délire chronique. 22 novembre, insomnie, mouvements continuels des mains, loquacité jour et nuit; réponses promptes, mais pas toujours justes; voix enrouée, évacuations involontaires, marasme; à la fin, immobilité et insensibilité. Mort le 8 décembre. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne abondante, surtout vers la base du crâne. En détachant la pie-mère, on enlève la superficie des circonvolutions de la convexité, surtout à gauche. Substance corticale molle, rosée, avec pointillé rouge, fin et serré; ce ramollissement s'étend à une ou deux anfractuosités. Le lobe postérieur gauche, présente une bouillie rosée à l'extérieur, lie de vin en différents points, grisâtre à l'intérieur; dans la substance blanche sous-jacente, se trouve une cavité traversée par quelques brides celluleuses; les parois sont inégales, d'un blanc grisâtre, molles, comme feutrées, et contiennent un fluide trouble, blanchâtre, lait de chaux. Dans quelques points, on a cru reconnaître du pus; les vaisseaux étaient injectés, dilatés, nombreux. En quelques points des anfractuosités voisines, la substance corticale était transformée en un tissu jaunâtre, peau de chamois, ayant de la souplesse, et cependant de la consistance, recouvert par une membrane fine, assez dense, un peu jaune, vasculaire, qui le sépare de la pie-mère. Les circonvolutions du lobe postérieur droit, sont réunies par des adhérences très denses, qui crient presque sous le scalpel, et offrent des altérations analogues à celles déjà indiquées ([2]).

XXXIIIe Obs. — Vieille femme, affection encéphalique chronique, accidents cérébraux aigus et rapidement mortels. — Vaisseaux méningiens injectés; sur les deux hémisphères, quelques circonvolutions

([1]) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 60.

([2]) Durand-Fardel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 261, p. 110.

sont ramollies, tuméfiées, rougeâtres, adhérentes à la pie-mère. Deux ramollissements de ce genre se trouvent sur les lobes postérieur et antérieur droits. Substance blanche subjacente très rouge, mais non ramollie; on y voit des vaisseaux très déliés. A la partie postérieure et interne du lobe postérieur droit, plusieurs circonvolutions sont petites, ratatinées, d'un jaune safran clair, adhérentes à la pie-mère; la substance corticale y est remplacée par une lame jaunâtre, membraniforme, non vasculaire, qui se détache assez nettement de la substance médullaire. Celle-ci est ramollie, très blanche, et sans vaisseaux. Sur les lobes moyen et postérieur gauches, les circonvolutions ont disparu, et sont remplacées par une surface couleur d'ocre, membraneuse, tenant par sa circonférence à la couche corticale encore saine. Au dessous de cette altération, la substance médullaire est convertie en un réseau de fibres entrelacées, très délicates, dont on exprime un liquide trouble, grisâtre, séreux (lait de chaux, infiltration celluleuse), sans rougeur, sans vascularité prononcée (1).

TROISIÈME SÉRIE. — *Encéphalite à foyers multiples, avec formation de pus.*

XXXIVe OBS. — Fille, onze ans, mince, délicate. Depuis quelques jours, céphalalgie. 11 janvier, convulsions suivies de paralysie du bras droit; pouls 100, face pâle, regard languissant; amélioration, puis aggravation. Vomissements, mouvements convulsifs de la tête et du bras droit, revenant plusieurs fois; bras paralysé; ensuite, convulsions et paralysie du membre inférieur droit; pouls 50 à 60, sens et appétit à l'état normal. Mort le 14 février. — A la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère gauche, deux abcès contenant six à huit onces de pus fétide, tapissés par une membrane blanche assez solide, séparés par une cloison mince de matière blanche, dense. Un troisième abcès dans le lobe postérieur droit (2).

XXXVe OBS. — Garçon, seize ans, fort et laborieux. 1er décembre, fièvre. Le 6, roideur du cou, tête basse, tronc courbé en avant, pas d'altération de la sensibilité. Peau chaude et sèche; rêvasseries pendant la nuit, intelligence nette dans le jour. Céphalalgie intense, limitée à l'occiput, constante et non augmentée par la pression ou le mouvement; pouls 100, petit. Vomissement sans douleur à l'épigastre; langue blanche et humide; pupilles irrégulières et non contractiles à la lumière. Coma; deux intermittences des dou-

(1) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 253.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 135.

leurs, de dix-huit heures chacune; la céphalalgie occipitale revient avec intensité; délire gai, et intervalles de raison; enfin, coma profond, et mort vingt heures après, le 11 décembre. — Pas d'altération des os, pie-mère pas plus vasculaire qu'à l'ordinaire. Le cerveau présente cinq abcès : deux dans l'hémisphère droit, l'un dans le lobe antérieur, et l'autre sur le lobe moyen; et trois dans l'hémisphère gauche : l'un dans le lobe postérieur, et les deux autres en avant, près de la surface convexe. Ces abcès sont enkystés; le kyste est très mince, mais distinct et vasculaire; la matière contenue est épaisse et d'un vert olive obscur. Substance cérébrale environnante, molle. L'abcès du lobe antérieur droit s'est ouvert dans le ventricule. Cervelet sain (1).

XXXVIe Obs. — Fille, dix-sept ans, non menstruée; faible, ayant eu à quatorze ans une pleuro-pneumonie avec épanchement. En janvier, variole. En février, convalescence. Le 14, stupeur, céphalalgie. Le 17, délire. La malade s'échappe de son lit, croyant voir la chambre en feu; on la trouve assise sur les marches de l'escalier. Frisson, augmentation de la douleur de tête; le lendemain, bras gauche paralysé, mais non la jambe. Pas de convulsions, possibilité de répondre, pouls 84, constipation. Le 20, douleur et mouvements continuels de la jambe gauche, le bras restant immobile; trois jours après, coma et mort. — Abcès enkysté contenu dans la couche optique droite, comprimant le corps strié, et vidé en partie dans le ventricule. Voûte et septum ramollis. Dans le lobe postérieur gauche, deux petits abcès enkystés. Cirrhose du poumon gauche (2).

XXXVIIe Obs. — Boucher, dix-neuf ans, faible depuis deux ans. 2 novembre, douleur au sommet de la tête, chaleur, fièvre, vomissements, tintements d'oreilles, insomnie. 9, face rouge, parole conservée, trouble des idées, appétit, langue couverte d'un enduit jaune; toux, légère expectoration, percussion normale, etc. Pouls 64, faible; peu de chaleur, maigreur. 12, cris pendant la nuit, paroles incohérentes; cependant, réponses justes; pupille droite plus dilatée que la gauche, mais les deux se contractent à la lumière. Convulsions générales précédées d'un cri perçant; le membre supérieur gauche est plus fortement contracté que le droit. Après les convulsions, coma, trémoussements des membres. Membre inférieur gauche insensible aux divers stimulants, qui provoquent des mouvements dans le droit; stertor. Mort le 13. — Deux abcès, l'un occupant la région antérieure et moyenne de l'hémisphère droit, l'autre le tiers postérieur de l'hémisphère gauche, immédiatement au des-

(1) Gordon, *Dublin quarterly Journal of med. Sciences*, 1852, february, p. 212.
(2) Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 301.

sous des méninges, au dessus du corps calleux, dans l'épaisseur des lobes. Ils étaient formés de petites cavités de diverses largeurs communiquant ensemble, remplies de pus verdâtre. Les bords de ces abcès sont polis, consistants et parsemés de points rouges. Quelques tubercules miliaires dans les poumons. Abcès dans la substance corticale du rein gauche ([1]).

XXXVIII[e] Obs. — Un étudiant en médecine, de bonne constitution, mais délicat, fait une chute, et prétend que sa tête a porté sur le sol. Cependant, il continue à suivre les leçons; peu après, il se rend à des funérailles par une journée d'hiver désagréable. Il prend froid. Il a un accès de fièvre, avec céphalalgie. Le lendemain, pareil accès, qui se répète le troisième jour, en commençant plus de bonne heure, et offrant, comme les précédents, les trois stades ordinaires. Langue blanche, peau chaude et moite; pouls plein, 90; face colorée et gonflée, respiration lente, parole tardive, céphalalgie. Le malade ne peut s'asseoir sur le lit. Il éprouve le sentiment d'une grande faiblesse. Le bruit et la lumière le fatiguent beaucoup. Conjonctives un peu rouges. Pas de délire, amélioration apparente; les frissons ont cessé, ainsi que la céphalalgie, mais pâleur et faiblesse; l'appétit est bon. On croyait la convalescence prochaine depuis trois jours, lorsqu'après le dîné survient une violente attaque d'épilepsie, dans laquelle la langue est mordue. (Saignée, froid sur la tête.) L'attaque revient deux ou trois fois dans la même soirée et la nuit. Le lendemain, face vultueuse, physionomie changée, pouls plein, fort, mou, fréquent; parole lente, intellect évidemment engourdi, mais non aboli. L'état s'aggrave, et la mort a lieu huit jours après, sans de nouvelles attaques.— Arachnoïde sèche, méninges modérément injectées. Dans l'hémisphère gauche, deux abcès (ayant 3/4 de pouce de diamètre) à la partie supérieure et antérieure; un troisième plus grand sous le ventricule latéral, dans le lobe moyen, près de la surface, avec absorption ou désorganisation de la pie-mère et de l'arachnoïde; en ce point, la dure-mère est saine. L'hémisphère droit offre un abcès au niveau du corps calleux, s'étendant vers le ventricule latéral, mais sans y pénétrer. Substance médullaire et corps calleux, dans le voisinage, très ramollis. Un autre abcès, au dessous de l'hypocampe, s'étendant dans le lobe moyen; enfin, deux abcès à la base du lobe postérieur ramollis. Ventricules fermes, resserrés, ne contenant pas de sérosité. Cerveau plus mou qu'à l'ordinaire dans ses deux substances. Le pus des abcès est bien formé; il a une teinte un peu verdâtre, et exhale une mauvaise odeur. Chacun est entouré par un kyste dur. La substance cérébrale environnante est tellement

([1]) Hughes Bennett, *Clinical Lectures*, 1853, p. 373.

ramollie, qu'on peut en détacher le kyste avec des pinces. Autour des abcès, on ne remarque ni vascularité développée ni turgescence capillaire qui indique une inflammation aiguë [1].

XXXIXe Obs. — Clerc de notaire, vingt-deux ans, sujet aux maux de tête. Février, toux fréquente, céphalalgie, bouche amère, nausées, fièvre redoublant le soir. Hémoptysie. Ces symptômes se dissipent. 5 mars, nuit passée au bal. Douleur vive sur l'orbite droite et au sommet de la tête. Face pâle, yeux injectés, nausées; pouls à peu près normal, respiration comme haletante. Réponses lentes, vomissements bilieux. 7, pas de fièvre, pas de délire. Céphalalgie intolérable, agitation extrême, réponses brusques. Au milieu du jour, un peu de calme, mais pouls plus fréquent. Le soir, après un déplacement du malade de la maison où il était à l'hôpital, délire sourd, fièvre violente, et mort. — Vaisseaux de la surface du cerveau légèrement injectés. Foyer purulent considérable au centre de l'hémisphère droit et un autre pareil dans le gauche. La quantité de pus est évaluée à une livre. Plexus choroïdes petits et pâles [2].

XLe Obs. — Femme, vingt-deux ans, excès alcooliques. 20 juillet, elle paraît entendre un peu, mais ne répond pas; elle ne peut remuer le bras droit, elle meut les autres membres. Pupilles contractées, prostration, stupeur; pouls 120, faible; main gauche portée à la tête, peau froide, haleine sentant fortement le whisky. Respiration un peu accélérée. Du 21 au 25, délire, agitation; pouls 130, faible; vomissements, convulsions du bras droit. 26, coma, pupilles dilatées. 27, pas de paralysie des membres, insensibilité, râle trachéal. Mort le 28. — Méninges injectées. Sur le milieu de l'hémisphère droit, tache de couleur jaune correspondant à un abcès de la grosseur d'une noix, entouré par une membrane molle et vasculaire, contenant une demi-once de pus épais et verdâtre. Un autre abcès de même volume est situé plus profondément dans l'épaisseur du lobe antérieur droit. Un troisième abcès, du volume d'un œuf de poule, est placé au centre de l'hémisphère gauche, au dessus du corps calleux et près de la surface supérieure. Les parois de ces abcès sont denses, pénétrées de taches rouges, tapissées par une couche de matière fibrineuse d'un quart de pouce d'épaisseur. Dans les glandes bronchiques et au sommet des poumons sont plusieurs tubercules à l'état crétacé. Glandes mésentériques infiltrées d'ancienne matière tuberculeuse [3].

[1] M. Naughton, *American Journal of med. Sciences*, 1842, July, p. 62.
[2] Cortambert, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1810, t. V, p. 390.
[3] Hughes Bennett, *Clinical Lectures*, 1859, p. 352.

XLI[e] Obs. — Femme, vingt-trois ans, bonne constitution, ordinairement bien réglée. Accouchée depuis cinq semaines. Cinq jours après l'accouchement, douleur et roideur de l'articulation coxo-fémorale droite, et, plus tard, du genou. Pouls plein, peu fréquent; peau un peu chaude. Voies digestives normales. Légère bronchite. Pas de symptômes vers les organes sexuels. 7 février, légère céphalalgie, injection des conjonctives, dilatation des pupilles. 8, sueurs abondantes, pouls serré, fort, régulier; somnolence, conjonctives injectées. 9, pouls petit, vibrant, accéléré; subdelirium. La nuit, plaintes et gémissements, souffrance générale. Langue sèche, constipation. 10, selles abondantes, pouls lent, faible. 11, pouls très faible, assez régulier; coma, perte de la parole. Mort. — Légère injection des méninges, sans inflammation. Sur le cerveau, trois petites ulcérations, sans adhérence avec la pie-mère. Dans les deux substances cérébrales, piqueté rouge vermeil ou noirâtre, et plus de 60 petits foyers purulents, les uns verdâtres et de la consistance de la matière cérébrale; les autres ramollis, jaunes, gris, et ressemblant à du pus de bonne nature. Chaque foyer est parfaitement limité, arrondi ou ovale, du volume d'un haricot. Autour, la substance cérébrale conserve la consistance normale. Il y a huit abcès dans le cervelet. Pus dans les ventricules provenant des abcès formés dans leurs parois (1).

XLII[e] Obs. — Homme, vingt-huit ans, exposition au froid. Avril, céphalalgie vague, occupant des points variés du crâne, mais surtout le milieu du front. Affaiblissement des membres gauches; trouble intellectuel, vertiges; pesanteur de tête. Vers le vingt-troisième jour, état apoplectique, vomissement, évacuations involontaires, perte de la vue, convulsions des membres droits. Le trentième jour, nouvelle attaque, et mort. — Vaisseaux cérébraux très engorgés. Sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux. Le gauche contient du pus qui provient d'un abcès situé dans le lobe postérieur du cerveau. Dans le ventricule droit s'est encore ouvert un abcès, mais il y a plus de sang que de pus, et la couche optique est détruite du même côté. L'apophyse crista galli offre une saillie plus grande qu'à l'ordinaire (2).

XLIII[e] Obs.— Fille, trente ans. Mars, symptômes d'hépatite aiguë, avec coloration jaune, analogue à la teinte du cancer; puis vives douleurs à l'épigastre, écoulement de sang par la vulve. Hémorrhagie buccale. Ecchymoses sous le menton et sur d'autres parties.

(1) Chaballer (service de Socquet), *Gazette médicale de Lyon*, 1858, p. 140.
(2) Bang, *Selecta diarii nosocomii regii frid. hafniensis*. Hafniæ, 1789, t. I, p. 88.

Affaissement. Mort sans agonie ni accidents cérébraux. — Dans l'hémisphère droit, du côté de la fosse temporale, deux caillots de sang. Substance cérébrale voisine jaune, très ramollie, infiltrée de pus. Cette altération existe çà et là, plus en dedans, mais sans collection sanguine. Dans le lobe antérieur gauche, même altération formant une large excavation contenant un caillot noirâtre; ailleurs, quelques autres infiltrations purulentes, sans épanchement sanguin au centre. Tubercules au sommet des poumons en voie de cicatrisation. Cœur pâle, sans consistance. Foie gris-jaunâtre, peu volumineux, aplati. Bile verdâtre dans la vésicule. Pancréas très gros, squirrheux; sa tête, très dure, comprimait l'orifice du canal cholédocque. Utérus contenant un fœtus assez bien formé (1).

XLIVe Obs. — Menuisier, trente-cinq ans, robuste. Il y a cinq mois, forte percussion sur le nez et la tête du côté droit, d'où épistaxis abondante qui, pendant un mois, se répète à plusieurs reprises. Le 28 janvier, sans cause connue, la main droite s'engourdit, le mouvement des doigts s'arrête. Une douleur continue se manifeste au côté gauche de la tête. Le bras pouvait encore se mouvoir, il n'y avait pas de diminution de chaleur. Le membre inférieur droit devient pesant et engourdi; en même temps, parole difficile, et bouche déviée à gauche; évacuations naturelles, fièvre la nuit, face rouge, yeux brillants, pouls plein, fort, vibrant. 15 février, fourmillement à la main gauche, douleur à l'œil gauche, se dissipant par la position redressée du corps. Sensibilité à la lumière. 23 février, aggravation des symptômes, stupeur générale, vertiges. 10 mars, surdité de l'oreille gauche. 13, convulsions épileptiques. 22, perte de la parole; le sang d'une saignée est couenneux. 22 avril, mort; il n'y avait jamais eu de délire. — Dans la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, se voit une tumeur ayant quatre travers de doigt de large, et deux pouces de profondeur, molle et marquée de deux taches livides. Ouverte, elle montre une large cavité pleine d'une matière brune, molle, mêlée de sang, et formée par la substance cérébrale altérée. Un deuxième ulcère était placé au devant, et sans communication avec le premier. A la partie moyenne de l'hémisphère gauche, près la faux, sur la substance cérébrale, on remarque une tache livide descendant jusqu'au ventricule, offrant au centre un commencement de suppuration. Dans l'hémisphère droit, semblable tache au dessus du ventricule, également large et remplie de matière noirâtre; ventricules latéraux contenant de la sérosité, et de plus, une matière brune, molle,

(1) Lenormand, *Journal hebdomadaire*, 1828, t. I, p. 436.

comme polypeuse, qui, enlevée, laisse le fond de la cavité intacte. Cervelet sain; les autres parties sans altération ([1]).

XLV[e] Obs. — Homme, trente-six ans; céphalalgie. Au bout de huit jours, hémiplégie gauche, tremblements des membres droits, stupeur profonde, perte presque complète de connaissance, hoquet, déjections involontaires, fréquentes attaques épileptiques. Mort cinq jours après l'entrée à l'hôpital. — Vaisseaux des méninges gorgés de sang, abcès considérable dans le lobe postérieur droit du cerveau, contenant beaucoup de pus verdâtre, fétide, et du sang. Autre abcès moins volumineux dans le lobe antérieur gauche; sérosité dans le ventricule latéral du même côté ([2]).

XLVI[e] Obs. — Homme, trente-sept ans, n'ayant jamais souffert de la tête. Janvier, exposition au froid; bientôt après, oppression à l'épigastre; vertiges et céphalalgie; fièvre rémittente, langue chargée, constipation. Quelques jours après, douleur très violente au front, délire, mussitation, yeux brillants, pouls 80. Le malade en délire s'élance souvent hors du lit; pouls dur, yeux rouges, face colorée, bientôt coma; convulsions, sueur copieuse. Mort le 2 février. — Vaisseaux de la dure-mère pleins de sang. Toute la substance du cerveau offrit des abcès dont la grosseur variait du volume d'un pois à celui d'une noix; ils contenaient du pus jaune, fétide. Ils étaient plus nombreux du côté de la surface. Le lobe droit du cervelet contenait aussi beaucoup de pus ([3]).

XLVII[e] Obs. — Femme, quarante ans. En mars, céphalalgie, bourdonnement dans la tête. Juin, moral affaibli, ouïe obtuse, sensation particulière, bruit à la partie postérieure du crâne; douleur dans l'hypocondre droit; peu de fièvre, vue faible, appétit diminué, constipation; matières fécales noires, urines tantôt rares, tantôt abondantes, de couleur foncée. Août, forts accès convulsifs, plus d'un côté que de l'autre. Septembre, tremblement de la moitié droite du corps, puis rigidité pendant cinq minutes; yeux fortement tournés en haut et fixes; tête agitée de mouvements d'arrière en avant, ensuite, roide; cou porté en arrière, gémissements; cécité, surdité, anosmie, goût un peu conservé; suppression des règles, pouls faible, fréquent; pupilles un peu dilatées, côté droit de la tête toujours douloureux. Mort le 19 novembre. — Légères adhérences entre les faces planes des hémisphères du cerveau. Vaisseaux de cette

([1]) J. P. Frank, *Interpretationes*, p. 145.

([2]) Bang. *Selecta diarii nosocomii regii frid. hafniensis*. Hafniæ, 1784, augustus, n° 13, t. I, p. 261.

([3]) Jonas Ahrweiler, *De nonnullis casibus morborum cerebri*. Bonnæ, 1841, p. 21.

région développés; corps calleux bombé, sérosité limpide dans les ventricules; commissures et septum intacts; membrane interne des ventricules injectée, très épaisse, et d'une opacité laiteuse qui se reproduit sur les plexus choroïdes. Un abcès est situé sur les tubercules quadrijumeaux détruits; la glande pinéale a disparu; cet abcès contenait un fluide transparent, couleur paille, et un pus gris cendré, mêlé de filaments légers d'une substance plus molle que celle du cerveau. Un deuxième abcès, sans communication avec le premier, se trouve en arrière de la grande courbure du ventricule latéral gauche, en dehors de l'éminence unciforme; il contenait encore un liquide couleur paille, et du pus gris-cendré. Ses parois sont formées par de la substance cérébrale blanche ferme, sans injection vasculaire. Il communique avec un troisième abcès qui s'étend sous la corne d'Ammon; celle-ci ne paraît pas altérée du côté du ventricule. Nerfs optiques détruits du côté de leur origine aux tubercules quadrijumeaux, intacts à leur décussation et au delà; nerf de la quatrième paire, absent à sa naissance. La partie du cerveau et celle du cervelet, contigües au rocher, sont ramollies et recouvertes d'une couche de pus. La septième paire, paraissant saine, est baignée de ce pus depuis le trou auditif jusqu'à la moelle allongée qui paraît exempte d'altération. Foie petit, de couleur foncée; environs de la vésicule de couleur noire; l'embonpoint du sujet s'était maintenu [1].

XLVIIIe Obs. — Laboureur, quarante-trois ans, tempérament sanguin; convalescence d'une inflammation du foie. 13 septembre, par un temps chaud et un soleil brillant, douleur de l'œil gauche sur l'orbite, insomnie, pouls 72, peau froide. Troisième jour, somnolence, parole embarrassée, mots altérés, mal prononcés, mais réponses assez justes. Vue de l'œil gauche obscure. Dixième jour, coma, tremblements, convulsions pendant la nuit, pouls petit et fréquent. Mort le onzième jour. — Abcès sans limites précises dans le lobe postérieur gauche, près de la surface, contenant trois gros de pus; parties environnantes, molles, et pulpeuses; dans le lobe moyen droit, se trouve un abcès contenu dans des parois fermes, membraneuses et vasculaires; il s'était ouvert dans le ventricule latéral, à travers la couche optique ramollie [2].

XLIXe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, maux de tête pendant sa jeunesse, affaiblissement par un mauvais régime. Fin de février, accès fébriles quotidiens, douleurs névralgiques dans le côté droit

[1] H. Bond, *North American Med. and Surg. Journal*, 1828. (*Journal des Progrès*, t. VIII, p. 241.)

[2] Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 292.

de la face et du crâne. Dixième jour, paralysie subite de tout le côté gauche du corps, la face comprise, sans perte de connaissance, possibilité de s'exprimer, mais parole un peu gênée; persistance des frissons, puis abondantes sueurs; à deux reprises, hoquet pendant plusieurs heures; parfois, assoupissement, mais jamais de céphalalgie ni de délire. Peu d'heures avant la mort, moral sain, tranquillité, réponses nettes, pupilles naturelles. Le côté gauche est paralysé et flasque, la langue portée à gauche est sèche et brune. Évacuations involontaires depuis dix jours; pouls 130, faible. Mort le 17 mars.— Rigidité cadavérique à droite et non à gauche. Sous l'arachnoïde de la convexité des deux hémisphères, plusieurs taches ecchymotiques. Le lobe moyen droit, sous le corps strié, est ramolli avec confusion des substances blanche et grise, d'où un mélange d'un gris jaunâtre, et de consistance de crème. Au milieu de ce ramollissement, est un caillot récent et noir, et un abcès non enkysté, mais bien limité, et de la grosseur d'une noisette. Dans la substance blanche des deux hémisphères, se trouvent de nombreux points de suppuration, depuis la grosseur d'un grain de chénevis jusqu'à celle d'un pois, circonscrits, mais non enkystés. On dirait des gouttes de pus déposées dans la substance cérébrale saine. Un de ces abcès, aussi gros qu'une fève, est situé dans le centre du corps strié droit. Les autres points du cerveau et le cervelet sont sains. Le diploë du crâne présente des taches de congestion veineuse; l'une d'elles plus large, correspond à un point de ramollissement de la substance, et même à quelques gouttes de pus dans les cellules. Ethmoïde, temporaux, tympan à l'état normal. Deux collections de pus dans la rate, une dans la partie corticale du rein droit. Glandes mésentériques engorgées, et à l'état de suppuration. Plaques de Peyer saillantes (¹).

Lᵉ Obs. — Laboureur, quarante-six ans. 13 novembre, faiblesse générale, gonflement près l'attache supérieure du muscle droit gauche de l'abdomen. Pouls 100, langue chargée, herpès labial, urine très colorée et albumineuse. Abcès abdominal ouvert. 17 novembre, paralysie du côté droit de la face, frisson, apparence d'état typhoïde. 18, parole peu distincte, déglutition difficile, pas de paralysie prononcée des membres, mais faiblesse très marquée, et plus du côté gauche que du droit. Assoupissement, déjections involontaires, peau chaude, pouls 96. Respiration stertoreuse, luctueuse. Mort le 23 novembre. — Circonvolutions de l'hémisphère droit aplaties, surface de l'arachnoïde poisseuse. Exsudation de matière plastique le long des grandes veines dans les anfractuosités. A la partie antérieure de l'hémisphère droit, près de la surface, se trouve un abcès

(¹) Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 295.

contenant environ trois drachmes d'un pus muqueux, verdâtre, fétide; du même côté, plus en arrière, et profondément dans la substance blanche, quatre petits abcès contenant du pus de même aspect, parfaitement limités par un cercle de vaisseaux injectés. Ventricules latéraux sains, ainsi que les organes centraux, y compris le pont de Varole. Dans le lobe gauche du cervelet, se présente un sixième abcès situé très près de la face inférieure. Sinus de la dure-mère et os du crâne très sains (1).

LIe Obs. — Homme, quarante-sept ans, habitudes de plaisir et de dissipation; chagrins violents. Il y a un an, hallucinations passagères, léger délire. Récemment, tristesse, hypocondrie. En août, tout à coup, hémiplégie et insensibilité du côté gauche, face tirée à droite, gêne de la parole, intelligence oblitérée. Accélération du pouls, chaleur générale. Mort le dix-septième jour. — Lobe antérieur droit ramolli profondément jusque dans la substance médullaire, sans rougeur, mais avec coloration jaunâtre. Même état dans le lobe moyen droit, pénétrant dans le centre ovale, qui est diffluent, et d'aspect puriforme. Le lobe postérieur droit est rouge, injecté dans le fond des anfractuosités, et traversé par de grosses veines remplies de fibrine. Lobe droit du cervelet rouge, ramolli, converti à sa surface en une sorte de sanie trouble (2).

LIIe Obs. — Femme, quarante-neuf ans, vertiges, tintements d'oreilles, faiblesse du bras gauche, irrégularités de la menstruation. En février, picotements à l'extrémité de ce membre, qui se paralyse. Contracture et perte de la sensibilité cutanée des doigts. Motilité diminuée dans le bras droit, puis dans les deux membres inférieurs. Pieds contournés comme ceux des enfants hydrocéphales. En mars, excitation mentale, spasmes des muscles de la face, mouvements continuels des bras. Après une saignée du pied, les règles coulent, mais sans profit. Au contraire, l'intelligence s'altère, la mémoire se perd, la parole devient hésitante. Douleurs vives dans la tête et les membres, arrachant des cris; parole confuse, offrant le singulier phénomène que l'auteur appelle *écho,* c'est à dire la répétition des derniers mots entendus, et sans y attacher aucun sens. La malade paraît ne pas les comprendre. Ainsi, on lui dit : Donnez le bras, tirez la langue; elle répète ces mots, mais ne remue ni le bras ni la langue. En avril, délire, progrès de la paralysie et de la contracture affectant le bras gauche et la jambe droite. En mai, cécité des deux yeux, immobilité des pupilles légèrement dilatées, alternatives de

(1) Will. Gull, *Guy's hospital Reports,* 1857, 3e série, t. III, p. 294.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau,* t. II, p. 153. — C'est évidemment le même fait qui est rapporté par M. Linas, dans la *Gazette hebdomadaire,* t. II, p 868.

lucidité morale et de paralysie; paraplégie complète, cessation de la contracture. Mort avec des symptômes de suffocation. — Les deux hémisphères cérébraux, le cervelet, les couches optiques et les corps striés, offrent plus de vingt foyers d'inflammation à des degrés variés d'intensité. Les uns sont bornés à une simple congestion et à une augmentation de consistance; d'autres présentent un ramollissement d'un rouge brun; d'autres ont une consistance pultacée; d'autres sont formés par des abcès déjà enveloppés d'une fausse membrane. Dans l'un des foyers situé au milieu de l'hémisphère droit, se trouvait une extravasation de sang à moitié coagulé. Ces divers foyers arrondis ou ovalaires avaient le volume d'un pois à celui d'un six pence ou demi schelling (12 sous). Ceux des corps striés étaient plus petits, mais plus nombreux [1].

LIIIe Obs. — Homme, cinquante-un ans, atteint de paralysie des deux moitiés du corps, mais d'une manière inégale. Rétablissement successif, grande faiblesse. Mort subite. — Sérosité sous-arachnoïdienne abondante; foyer purulent, couleur jaune d'ocre, situé près la scissure de Sylvius droite, environné à l'extérieur de ramifications artérielles, et tapissé à l'intérieur par une matière jaune sirupeuse, plus épaisse et plus consistante dans certains endroits. Cette matière ne remplit pas le tiers de la capacité du kyste. Derrière la cavité ancyroïde du ventricule gauche, est un foyer semblable, mais plus petit; deux autres moindres encore, et entièrement vides, se trouvent dans le lobe antérieur droit. Corps strié gauche, diffluent, brunâtre, très injecté. Bandelette intermédiaire aux couches optiques d'un rose brun et très dure [2].

LIVe Obs. — Femme, soixante-deux ans, pléthorique, bronchite suivie de pneumonie; convalescence. Huit jours après, infiltration générale, pâleur de la face, pouls vibrant, irrégulier; hémiplégie gauche, surtout marquée au membre supérieur, et avec perte de la sensibilité; évacuations involontaires, respiration râleuse, coma profond. Mort le lendemain de l'invasion des symptômes cérébraux. — Arachnoïde infiltrée de sérosité; circonvolutions boursouflées vers la partie postérieure et latérale de l'hémisphère droit du cerveau, d'une couleur rouge brunâtre; altération qui s'étend profondément jusqu'au ventricule, qui est rempli de sérosité trouble. Le tissu du cerveau est injecté, et offre un commencement de ramollissement. Couche optique et corps strié droits offrant la même altération.

[1] Mor. Heinr. Romberg, *Manual of the nervous diseases*, transl. (Sydenh. Soc.), t. II, p. 430.

[2] Bally, dans Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale*, t. III, p. 83.

Dans le lobe postérieur gauche, près de la surface, petite cavité du volume d'un pois, remplie de pus jaune. Cœur volumineux. Lésions pulmonaires graves ([1]).

Résumé des observations d'encéphalite à foyers étendus ou multiples.

I. Les observations qui viennent d'être exposées sont au nombre de 54, et sont subdivisées ainsi :

1°	Encéphalites marquées par la rougeur, l'injection, la tuméfaction ou une légère induration des parties affectées	7
2°	Encéphalites avec ramollissement cérébral	26
3°	— avec formation de pus	21
		54

Cette subdivison ne devra pas être perdue de vue dans les considérations qui vont suivre; elle indique les degrés d'intensité et les principaux modes de terminaison de la phlegmasie.

II. Les *sexes* se sont partagé d'une manière égale le nombre des malades, car il y a eu 27 individus du sexe masculin et 27 du sexe féminin. Mais il faut faire cette remarque, que la terminaison par suppuration a été plus fréquente parmi les hommes (13 sur 21), et les ramollissements plus communs parmi les femmes (16 sur 26).

III. Les *âges* vont encore présenter quelques particularités assez notables.

1	sujet n'avait que 4 ans et 1/2.	
6	sujets avaient	de 11 à 20 ans.
11	—	de 21 à 30 —
8	—	de 31 à 40 —
10	—	de 41 à 50 —
6	—	de 51 à 60 —
5	—	de 61 à 70 —
5	—	de 71 à 80 —

Il y a lieu de remarquer une différence entre les cas d'abcès et ceux de ramollissement; les premiers se sont

([1]) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 116.

surtout présentés de 10 à 50 ans, et les seconds ont été assez nombreux de 50 à 80 ans.

IV. La *constitution* des sujets a été plus souvent forte que faible et grêle; le *tempérament* plutôt sanguin que lymphatique; quelquefois, il était nerveux.

V. Les *professions* n'ont rien offert de spécial. On a vu l'encéphalite à siéges multiples chez trois militaires, deux laboureurs, un marin, un boucher, un peintre, un menuisier, un cloutier, un charpentier, etc.

VI. Quant aux *conditions hygiéniques,* il en est qui ont contribué particulièrement à la production de la maladie. On doit citer en première ligne les *excès alcooliques* et les affections vives de l'âme.

VII. Les vésanies disposent aux phlegmasies cérébrales; les congestions, les hémorrhagies des centres nerveux, les affections rhumatismales, les fièvres éruptives, les ont parfois précédées.

VIII. Des maladies diverses, celles du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, des reins, de l'utérus, ont exercé, dans certains cas, une influence éloignée dont le cerveau a ressenti les fâcheux effets.

IX. La menstruation, par ses retards (XXXVI), par ses difficultés (IV), par sa suppression (XIV), a pu n'être pas étrangère à la production de l'encéphalite. Quelques femmes en ont été atteintes avant ou après la parturition (XI, XLI, XLIII).

X. Une percussion sur la tête, sans avoir laissé de traces sensibles sur le crâne, est devenue plusieurs fois cause probable d'encéphalite (XXXVIII, XLIV).

XI. Parmi les causes occasionnelles se rangent les grandes fatigues, les excès de tous genres, le refroidissement subit du corps (XXXVIII, XXXIX, XLVI).

XII. L'inflammation du cerveau a souvent pour *phénomènes précurseurs* une céphalalgie opiniâtre et gravative, des vertiges, des tintements d'oreilles, des éblouissements; en un mot, des symptômes de pléthore et de congestions encéphaliques.

Quelquefois, il y a eu exaltation morale, trouble intellectuel, insomnie, agitation.

D'autres fois, les phénomènes précurseurs ont eu les organes digestifs pour point de départ. C'étaient des douleurs épigastriques, des nausées, des vomissements, de la voracité (XXVI) ou de l'inappétence, de la dyspepsie, de la constipation, etc.

L'encéphalite a été, dans quelques cas, immédiatement précédée d'accès fébriles très intenses (XXXVIII, XLIX, LI) ou de fièvre continue (IV, XI, XXXV, L).

XIII. Le *début* de la maladie a été signalé par des symptômes plus directs, tels qu'une paralysie partielle, celle d'une main, par exemple (XIII, XXII, XLIV, LII), ou des mouvements convulsifs limités (VIII, XIII), ou des fourmillements, des picotements aux extrémités (XIX, XXX), ou une agitation subite et des mouvements désordonnés (IV, VI), ou une perte instantanée de connaissance (XV, XVIII, XXX).

XIV. Les *symptômes* offerts par les malades atteints d'encéphalite à siéges multiples ont été très variés, probablement en raison du nombre des points affectés.

27 sujets ont éprouvé une *céphalalgie* plus ou moins intense, occupant l'ensemble de la tête ou quelqu'une de ses régions plus particulièrement; et il est remarquable qu'un nombre égal n'ait pas exprimé le même genre de souffrance. Ce n'est pas que le délire ou le coma aient toujours empêché la plupart d'entre eux de se plaindre. Chez quelques-uns, en effet, l'intellect avait conservé l'exercice de ses facultés. C'est surtout dans la catégorie des ramollissements qu'a été constatée l'absence de la céphalalgie (XVI, XXI, XXII, XLIX).

XV. Quelques individus avaient perdu connaissance ou étaient dans la stupeur, ayant la parole lente, embarrassée (16 cas) ou même complètement empêchée (XVI, XVIII, XXVI, XL, XLIV); mais parmi ceux-ci, il en est dont l'intelligence s'exerçait encore assez librement (XVI). L'inverse avait lieu pour une femme qui répétait automatiquement les mots qu'elle entendait. C'était comme un écho, dit Romberg;

mais elle ne comprenait pas le sens des paroles qu'elle prononçait (LII).

XVI. Le *délire* a eu lieu chez 18 sujets, c'est à dire le tiers à peu près. Il était tranquille, loquace ou violent, et, dans ce dernier cas, accompagné de cris, de vociférations, d'agitation. Les yeux étaient rouges, brillants, et la face colorée (III, IV, VIII, XX, XXIX, XXXVII, XXXIX, XLVI).

XVII. Il y a eu de l'*assoupissement* ou même du *coma* chez 18 malades, et un peu plus souvent dans les cas d'abcès cérébraux que dans ceux de ramollissement. Plusieurs fois au délire a succédé le coma.

XVIII. Les *yeux* n'ont rien offert de constant. Ils étaient fermés ou demi-fermés, ou ouverts et saillants, fixes ou roulants, déviés d'un côté ou dirigés en haut, et encore ces divers phénomènes n'ont été notés que 9 fois. Les *pupilles* ont été dilatées 5 fois, resserrées 4 fois; elles ont, en général, conservé leur contractilité; mais, très souvent, les observateurs ont négligé de le mentionner.

Les *sens*, dans quelques cas, offraient une assez vive excitabilité; d'autres fois, ils étaient obtus et même privés de toute énergie, cécité, surdité, anosmie (XLVII).

XIX. Des *convulsions* se sont manifestées, principalement lorsque la suppuration devait se produire (11 fois); quelquefois, elles avaient la forme épileptique. D'autres fois, elles ont eu lieu sans perte de connaissance. Ce n'étaient que des mouvements convulsifs, ordinairement partiels. Ces phénomènes se sont produits dans l'encéphalite avec ramollissement de la partie enflammée (XII, XIII, XXII, XXXI). Ce n'étaient même parfois que des contractions spasmodiques bornées aux muscles de quelques membres (III, IV, VI, IX, XXXVI), à ceux des doigts (XXVI, XXXII), de la face (LII). Le spasme s'est, d'autres fois, produit sous la forme de tremblement. Ainsi, on a constaté celui des membres (XI, XII, XIII, XLV, XLVII, XLVIII), celui des mains (VII), de la mâchoire inférieure (XXXI), de la langue (VI).

XX. La *paralysie* a été assez fréquente, et elle s'est

montrée à des degrés différents et en des localisations variées. Elle a été souvent progressive. Ce n'était, dans les commencements, qu'un engourdissement, un sentiment de faiblesse dans un membre, dans une main (IX, XLIV), etc. D'autres fois, le mouvement a été immédiatement perdu, comme dans une attaque d'apoplexie. C'était une hémiplégie des membres gauches (XI, XIII, XV, XXIII, XXX, XLV, XLIX, LI, LIII) ou des membres droits (XIV, XV, XVI, XVIII, XX, XXVI). Il y a eu deux exemples d'hémiplégie alterne, la face étant paralysée d'un côté et les membres de l'autre (XXI, XXVII). Quelquefois, les membres ont été paralysés sans la face, et, d'autres fois, celle-ci était décidément hémiplégiée, alors que les membres du même côté n'étaient que faibles (L). La langue, examinée, sous le rapport de sa direction, a paru trois fois déviée du côté paralysé (XV, XVI, XLIX); une fois du côté sain (XXIII).

Dans quelques cas, la paralysie a été bilatérale; elle affectait d'une manière presque égale les quatre membres (XVII, XX), ou était bornée aux deux membres supérieurs (XXII), ou occupait le bras d'un côté, puis l'autre, et ensuite les membres inférieurs (LII); parfois aussi un côté était atteint de convulsions et l'autre de paralysie (XV).

Ces diverses combinaisons de symptômes pouvaient faire présumer la multiplicité des points lésés dans l'encéphale ; mais, dans plusieurs cas, les phénomènes périphériques étaient fort circonscrits, malgré l'étendue et le nombre des lésions intérieures, comme par exemple lorsque les convulsions ou la paralysie étaient bornées à un seul membre (XXXVI, XL).

XXI. Les parties paralysées ont été souvent frappées de résolution; mais, d'autres fois, elles ont été atteintes de *contracture;* la rigidité s'est aussi étendue aux membres non paralysés (III, XI, XX, XLVII, LII). On a, en outre, constaté la roideur comme tétanique du cou et du tronc (XXIX, XXXV). On a vu une sorte de trismus (VIII).

XXII. La *sensibilité* a été parfois conservée, malgré la

perte du mouvement (XI, XIII, XV, XVIII, XXVI, XXX, XXXV), ou bien elle a paru émoussée (III, XVI, XXXII, XXXVIII, XLII, LI, LII, LIV). Il y a eu, d'ailleurs, des irrégularités assez curieuses, par exemple la perte du mouvement et du sentiment à un membre supérieur, la perte du mouvement et non celle du sentiment au membre inférieur du même côté (XXVII).

XXIII. La *respiration* est rarement restée normale ; elle a été accélérée, irrégulière, suspirieuse, stertoreuse, accompagnée de hoquet (XLV, XLIX), de toux, à la fin, de suffocation (LII).

XXIV. Le *pouls* était lent ou normal quelquefois (I, XXXVII, XXXIX, XLI) ; bien plus souvent, fréquent dès le début, assez plein, dur, inégal, irrégulier, intermittent. Il a été aussi petit et faible. La fièvre était forte pendant tout le cours de la maladie, la peau chaude et sèche, ou couverte de sueurs, surtout lorsque la phlegmasie cérébrale devait se terminer par suppuration. On n'a que rarement examiné l'état du sang. Une fois il a paru couenneux, le caillot était mou (XVI).

XXV. Les symptômes fournis par les *voies digestives,* ont été les nausées et les vomissements (XI, XXXIV, XXXV, XXXVII, XXXIX, XL) ; la soif, la sécheresse de la bouche ; la difficulté de la déglutition (VI, VII, XXVI, XXXI, L) ; la diarrhée (XI, XX, XLII) ou la constipation (IX, XLVI, XLVII). Les selles et les urines ont assez fréquemment été rendues sans que les malades en eussent la conscience et la volonté.

XXVI. L'encéphalite à siéges multiples a parcouru ses *périodes* avec rapidité ou elle ne s'est terminée qu'après un temps assez long. Le relevé fait sous ce rapport donne les résultats suivants : La mort est survenue le troisième (I, XXVI, LIII), le quatrième (XXVII), le cinquième (VIII, XLI), le sixième (IV, L), le septième (XVI, XXXI), le huitième (XV, XL), le neuvième (III, VI, XXXVI), le dixième (II, XI), le onzième (XXXV, XXXVII, XLVIII), le quinzième (IX, XXIV), le seizième (XXXII), le dix-septième (LI), le vingtième (XXIII), le vingt-unième (XLIX), le vingt-cinquième (XXII), le vingt-huitième

(XVIII), le trente-quatrième (XXXIV), le trente-septième (XLII), le soixante-cinquième jour (XIII); après trois mois (XLIV), quatre mois (LII), sept mois (XLVII).

Ces derniers cas forment l'exception. On peut dire que cette phlegmasie a suivi le plus souvent une marche très aiguë. Lorsqu'elle a été moins rapide, elle a quelquefois présenté une rémission des symptômes; les paralysies elles-mêmes se sont dissipées (XIII, XIV); les douleurs ont été suspendues (XXXV); mais, après ces améliorations, la maladie a repris sa funeste activité.

La mort a été quelquefois occasionnée par une circonstance étrangère, comme un érysipèle, une pneumonie, etc.

Enfin, il est essentiel de faire remarquer que les symptômes n'ont pas toujours été en rapport avec l'étendue ou la gravité de la lésion encéphalique; que même celle-ci a pu faire de très grands progrès, sans que des indices positifs l'aient fait pressentir; sa progression était occulte (XLIII).

XXVII. Les *lésions anatomiques* de cette variété de l'encéphalite ont été très caractéristiques.

D'abord se sont présentées des altérations communes aux diverses phlegmasies encéphaliques, telles que l'injection des vaisseaux des méninges, la présence du sang liquide ou coagulé dans les sinus de la dure-mère, la sécheresse de l'arachnoïde ou l'exsudation d'un fluide séreux dans la cavité de cette membrane ou dans la pie-mère, etc. Ensuite, on a pu constater les trois modes de lésions sur lesquels la subdivision des faits a été établie.

XXVIII. Dans la première série, on a vu le cerveau d'une teinte rougeâtre ou même brune, lie de vin en quelques points, avec augmentation de volume et de consistance. Cette tuméfaction, cette légère induration, cette rougeur étaient plus prononcées dans un ou deux lobes, ou dans quelques circonvolutions, ou dans les éminences ventriculaires; on a noté en même temps la vive injection des plexus choroïdes, du cervelet, etc.

XXIX. Le ramollissement qui caractérise la seconde

…rie des faits, a une étendue plus ou moins grande. Il peut embrasser un ou plusieurs lobes, le centre ovale, les corps striés, les couches optiques, le cervelet (XIV, XVI, XXII), le pont de Varole (XXI, XXII).

La couleur des parties ramollies est d'un blanc rosé, d'un rouge pâle ou foncé, lie de vin, chocolat, etc., selon le degré d'injection des vaisseaux, d'accumulation des globules rouges, la durée de leur séjour, l'intensité de l'altération.

La consistance varie aussi depuis la simple mollesse jusqu'à la diffluence, jusqu'à la liquidité.

On a regardé comme un état gangréneux l'altération d'un hémisphère cérébral désorganisé, extrêmement mou et ayant une teinte lie de vin (XVII). C'était un ramollissement et non une véritable gangrène.

Les parties très ramollies sont quelquefois séparées de celles qui ont conservé leur intégrité par une sorte de membrane très vasculaire (XIV, XXII).

Quand cette membrane n'existe pas, c'est la substance cérébrale elle-même qui forme les limites de la lésion, et lui fournit des parois plus ou moins denses et assez vivement injectées.

Le plus souvent, le ramollissement diminue du centre vers la circonférence et va se perdre dans les parties saines.

Il entraîne, lorsque la vie de l'individu se prolonge, des changements notables dans les tissus qu'il a envahis. Ces tissus prennent une teinte jaunâtre, couleur chamois; ils deviennent comme poreux, et se pénètrent d'un liquide trouble, blanchâtre, comparé au lait de chaux (XXIX, XXXII, XXXIII).

XXX. Le troisième mode d'altération du cerveau dans l'encéphalite multiple résulte de la formation et de l'accumulation du pus. Ce liquide forme ordinairement plusieurs abcès. On en a trouvé deux, l'un dans l'hémisphère droit, l'autre dans l'hémisphère gauche (XXXVII, XXXIX, XLII, XLV, XLVIII), occupant des lobes différents ou étant symétriquement disposés.

D'autres fois, il y en a trois, deux dans un hémisphère et un dans l'autre (XXXIV, XXXVI, XL), ou quatre, trois d'un côté, un de l'autre (XLIV), ou cinq, deux d'un côté et trois de l'autre (XXXV), ou sept, trois à gauche et quatre à droite (XXXVIII).

Le cervelet a eu aussi ses abcès en coïncidence avec ceux du cerveau (XLI, XLVI, L, LI).

Les abcès peu nombreux ont un certain volume et peuvent contenir jusqu'à 150 et 240 grammes de pus, (XXXIV); mais leur volume diminuant, leur nombre peut augmenter considérablement. Ainsi ils ont eu quelquefois la grosseur d'un grain de chénevis ou d'un pois, ou d'une noisette; mais alors on en comptait une multitude (XLI, XLVI, XLIX, LII). Dans l'un de ces faits, il y avait soixante petits foyers, dont huit dans le cervelet (XLI).

Le pus s'est quelquefois fait jour dans les ventricules lorsque l'abcès en était voisin et que ses parois étaient ramollies (XXXV, XXXVI, XLVIII); mais il a pu provenir de la surface interne des ventricules (XLI).

Il est rare que les abcès voisins communiquent ensemble; on en a trouvé qui étaient multiloculaires (XXXVII).

Le pus des abcès cérébraux est plus ou moins épais, jaune, souvent verdâtre, vert olive. Il est inodore; mais plusieurs fois, il était fétide (XXXIV, XXXVIII, XLII, L).

Le pus peut être en contact immédiat avec la substance cérébrale, au sein de laquelle il s'est produit, et qui est molle ou indurée, et très injectée. On le trouve aussi enveloppé d'une membrane; l'abcès est alors enkysté. Le kyste est constitué par un tissu ordinairement très vasculaire, mince ou épais, blanc ou grisâtre, mou ou assez ferme, facile à déchirer ou résistant, et même dur (XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVIII, XL, XLII, XLVIII, LII).

XXXI. Les trois modes d'altérations de l'encéphale qui viennent d'être décrits peuvent se rencontrer chez un même sujet formant des foyers très différents et par leur siége et par leur aspect (LII).

XXXII. On a signalé quelques coïncidences, telles que l'oblitération des artères cérébrales par des caillots (XVII), l'épaississement des parois artérielles (XXII), et plus spécialement des abcès dans le foie, la rate, les reins, les ganglions mésentériques (XXXVII, XLII, XLIX).

2e SECTION. — ENCÉPHALITE SIÉGEANT DANS UN HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL.

Cette localisation de l'encéphalite se distingue de la précédente en ce que les foyers multiples n'occupent qu'un côté du cerveau. Les faits se subdivisent, comme dans la section précédente, en trois séries.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Encéphalite à foyers étendus ou multiples, n'occupant qu'un hémisphère cérébral, avec tuméfaction ou induration de la substance cérébrale.*

LVe OBS. — Homme, cinquante-huit ans, robuste. Depuis cinq ans, eczéma des jambes alternant avec une éruption de la face; abus des spiritueux, irascibilité augmentée depuis un an. Août, chute dans la rue, débilité croissante du bras gauche, miction difficile, mais évacuations volontaires; parole et locomotion difficiles. 1er octobre, hémiplégie gauche incomplète, commissure gauche des lèvres abaissée, langue déviée à gauche, sensibilité intacte, intellect affaibli; quelques mots sont isolément et mal articulés; impossibilité d'écrire, bien que la main droite soit libre; pesanteur de tête, pas de fièvre, augmentation de l'hémiplégie, pas de contracture; puis inappétence, pouls élevé, sueurs profuses, constipation, incontinence des matières, maigreur, coma, mort le 24. — Circonvolutions de l'hémisphère droit tassées. A la partie postérieure du centre médullaire, et y compris la paroi externe du ventricule, de la partie réfléchie, de la cavité ancyroïde et les points correspondants du corps strié et de la couche optique du même côté, la substance cérébrale est tuméfiée, elle bombe sous les coupes; sa couleur est lie de vin, sa consistance pâteuse, mais non diffluente; du côté externe, elle est dense, résistante, piquetée de nombreux points vasculaires; cet état s'étend jusqu'aux circonvolutions occipitales externes, où la couche corticale est d'un rouge foncé, à surface légèrement chagrinée et recouverte par une pie-mère finement vascularisée. Vers le centre du foyer et du côté des parois ventriculaires, la substance cérébrale a une cou-

leur jaunâtre, un aspect œdémateux, tremblottant comme une gelée. Le reste du cerveau est dur, turgescent; vers la couche corticale, il est rose ou violacé. Les méninges s'enlèvent aisément. Sérosité limpide dans les ventricules. Artères cérébrales saines. Cavités du cœur larges, sans hypertrophie. Dans l'aorte sont quelques fissures athéromateuses. Poumons engoués et œdémateux. Rate un peu volumineuse. — *Examen microscopique.* Parties externes du foyer phlegmasique, vaisseaux gorgés de sang; gaîne spéciale de Robin distendue par de nombreux globules blancs; substance amorphe grisâtre, opaque, avec noyaux et cellules peu abondants, d'aspect granuleux, grisâtre. Partie moyenne pâteuse, mêmes altérations et dépôt abondant, le long des tubes nerveux, de petites granulations d'apparence graisseuse. Aux parties centrales, grande richesse vasculaire, capillaires nombreux, sinueux. Pas d'extravasation ni d'altération des éléments du sang. Tubes nerveux intacts ou réduits au cylindre d'axe, ou tuméfiés et couverts de granulations graisseuses. Le tissu interstitiel contient une exsudation semi-transparente ou granuleuse, des noyaux libres, des noyaux entourés de protoplasma en forme de vésicules, des plaques ou vésicules renfermant de trois à douze noyaux (1).

LVI° Obs. — Femme, soixante-quatre ans; pas de renseignements antérieurs. Depuis trois ans hémiplégie droite, parole nulle, bien que les questions paraissent comprises; inspirations stertoreuses, ronflantes; face congestionnée des deux côtés, céphalalgie, dysphagie. — Méninges injectées des deux côtés. Hémisphère droit sain, n'offrant qu'un piqueté vasculaire; le gauche présente, surtout dans sa portion postérieure, une multitude de petites masses, soit isolées, soit réunies en grappes, dans la substance blanche. Elles ont une teinte grisâtre et une transparence perlée. Elles peuvent s'énucléer en partie, et ne restent adhérentes au tissu ambiant que par un pédicule vasculaire. Leur volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noisette; la plupart ont la grosseur d'un pois. Une des plus volumineuses est située au milieu de la substance grise, au niveau de la scissure de Sylvius, près d'un ancien foyer apoplectique. Le tissu cérébral voisin des petites tumeurs est fort injecté. La coupe de celles-ci est d'un gris rougeâtre, avec des arborisations vasculaires multipliées; leur consistance est variable; aucune n'est diffluente. En râclant, on n'exprime pas de suc. Le microscope montre : 1° une trame de fibrilles de tissu cellulaire; 2° des myélocytes soit sphériques, soit nucléaires, à contours foncés par l'acide acétique, finement granuleux, et quelques-

(1) Hayem, *Gazette médicale*, 1867, p. 115.

uns pourvus de nucléoles; 3° des cellules soit pavimenteuses, soit fusiformes, avec noyaux; 4° des granulations moléculaires très abondantes; 5° quelques corps granuleux d'inflammation. Pas de tubes nerveux au milieu de ces tissus anormaux, plongés dans la substance blanche ([1]).

LVII° Obs. — Femme, soixante-douze ans. Depuis deux ans, céphalalgie, étourdissements; plus tard, gêne de la parole; puis tout à coup, en octobre, coma, paralysie du mouvement des membres droits, joue droite soulevée par l'air expiré, ouïe conservée, sens émoussés à droite, intelligence à peu près intacte. Mort le troisième jour. — Vaisseaux crâniens et cérébraux pleins de sang. Hémisphère gauche plus volumineux que le droit; ses circonvolutions tuméfiées et pressées les unes contre les autres, d'une couleur rose très vive dans toute l'épaisseur de la substance corticale; elle semble un peu molle au toucher. Dans la substance blanche, piqueté assez serré. Corps strié gauche volumineux, rougeâtre à sa surface. Hémisphère droit assez injecté ([2]).

Deuxième série. — *Encéphalite siégeant dans un hémisphère avec ramollissement de la substance cérébrale.*

LVIII° Obs. — Petite fille, sept mois; frères hydrencéphaliques. Chute sur la tête, qui paraît sans conséquence; toutefois, la tête semble grossir au bout de quelques mois; strabisme, vomissements, selles verdâtres, convulsions des membres droits, dilatation des pupilles, assoupissement, intelligence nulle, tête mesurant 17 pouces de circonférence, écartement des sutures, os flexibles, apparence de fluctuation; une pression forte produit une large dilatation des pupilles; convulsions. Mort. — Pas le moindre liquide dans les méninges, qui sont pâles. Circonvolutions presque effacées. Adhérence très forte entre la dure-mère et le pariétal droit. L'hémisphère cérébral et le ventricule latéral du même côté forment un vaste kyste rempli de débris de matière cérébrale, de caillots et d'une bouillie de couleur et de consistance de chocolat. Le ventricule gauche contient douze onces de sérosité limpide. L'ossification du pariétal droit est incomplète ([3]).

LIX° Obs. — Fille, neuf ans; teigne faveuse; hémiplégie droite avec roideur et atrophie, diminution de l'intelligence, retour partiel de l'usage de la parole, céphalalgie, jambe droite traînante, puis

([1]) Luys, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1855, p. 106.
([2]) Ern. Boudet. (Durand-Fardel, *Archives*, 3° série, 1839, t. IV, p. 170.)
([3]) Coindet, *Mémoire sur l'Hydrencéphale*, p. 43, note.

cécité de l'œil droit; vue affaiblie à l'œil gauche, dilatation des deux pupilles, surtout de la droite; strabisme divergent, surdité, intellect obtus, insensibité du côté droit, coloration violette de la joue gauche, des lèvres, de la langue; pouls insensible, battements du cœur fréquents, désordonnés; respiration courte, précipitée, inégale; déglutition impossible, etc. — Ventricule latéral gauche contenant, surtout aux dépens de la cavité ancyroïde dilatée, cinq onces de sérosité limpide. Paroi supérieure très amincie. Substance grise des circonvolutions correspondantes réduite à une lame très dure, presque cartilagineuse et décolorée. Substance médullaire de presque tout l'hémisphère gauche transformée en une espèce de tissu cellulaire à mailles distendues par une sérosité limpide. Hémisphère droit sain. Cervelet ramolli ([1]).

LX Obs. — Homme, vingt-huit ans. Depuis deux ans, maux de tête, étourdissements, perte de connaissance. Récemment, assoupissement, affaiblissement des sens, de l'intelligence; mouvements convulsifs du côté droit de la face et du tronc, roideur des doigts; du même côté, hémiplégie droite incomplète. Coma, pouls petit, très fréquent; immobilité absolue et mort. — Pie-mère extrêmement injectée sur l'hémisphère gauche, qui paraît plus volumineux que le droit, et dont les circonvolutions sont molles et aplaties. Ramollissement prononcé, grisâtre avec pointillé rouge dans la substance médullaire des lobes antérieur et postérieur gauches. En dedans du ramollissement antérieur, il y avait un peu d'induration. Hémisphère droit normal ([2]).

LXIe Obs. — Femme, quarante-sept ans, aliénée. Coma subit, hémiplégie gauche avec contracture, pupille droite resserrée, la gauche dilatée, vue abolie. Mort au bout de vingt heures. — Adhérences de la pie-mère à la surface de l'hémisphère droit, avec ramollissement rougeâtre de la plupart des circonvolutions. Ramollissement avec injection de la substance médullaire du lobe postérieur ([3]).

LXIIe Obs. — Marchand, cinquante-deux ans, laborieux et entreprenant, vendant du tabac, mais en usant peu. Malade depuis dix ans. D'abord, sensation particulière dans la tête, revenant irrégulièrement, semblable à un coup reçu, ou comme un éclair, et arrêtant subitement la pensée. Puis, véritables attaques d'épilepsie, sans écume à la bouche, à l'intervalle de quelques jours ou de quelques

([1]) Moulins, dans Lallemand, *Rech anat.-path. sur l'encéphale*, t. II, p. 503.

([2]) Bright, *Reports of medical Cases*, t. II, part. I, p. 185, case 83.

([3]) Mascarel. (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 49.)

semaines. Grand appétit, satisfait, toutefois, avec des aliments de facile digestion. A la longue, perte de la mémoire, amaigrissement, défaillances, vertiges, et avec eux, ce que Marshall Hall appelle trachélismus. La tête se tourne souvent du côté gauche. (L'extrait de Cotyledon Ombilicus suspend les attaques d'épilepsie pendant six mois.) Vertiges; parfois, les jambes semblent se dérober; faiblesse des membres gauches. En tombant, c'est la jambe gauche qui fléchit la première. Dans la chute, ni perte de connaissance, ni convulsions, mais impossibilité pendant quelques minutes de se relever. La sensibilité n'est point altérée, face pâle, pouls faible et très rapide. Tête souvent baignée de sueur. Perte graduelle de la force des membres inférieurs, et impossibilité de marcher. Cécité de l'œil droit, avec dilatation de la pupille, et plus tard de l'œil gauche. Évacuations s'opérant sans la volonté, mais non sans la sensation du besoin. Esprit rempli d'illusions, sortes de rêves pendant la veille, souvent extravagants et risibles. Goût décidé pour rechercher les dérivations des mots, ayant toujours un dictionnaire à sa portée. Jamais de céphalalgie; appétit soutenu; dans les derniers jours, déglutition difficile; constipation opiniâtre. Mort. — Congestion de la pie-mère; état morbide borné à l'hémisphère droit, surtout vers la base, plus marqué en avant qu'en arrière, se manifestant par une augmentation de volume ou tuméfaction très prononcée du lobe moyen, affectant le corps strié, l'hypocampe, le pédoncule, ayant une consistance molle, pas tout à fait pulpeuse, d'apparence gélatiniforme; dans le lobe antérieur, une demi transparence grisâtre; et dans les autres parties une teinte rosée allant jusqu'au pourpre. La couleur rouge brune de l'hypocampe lui donne quelque ressemblance avec une sangsue gorgée de sang. La texture de ces parties n'est pas notablement altérée; seulement, il y a des déchirures, une disposition celluleuse, et une infiltration séreuse, en quelques points du lobe antérieur. Légères adhérences entre la voûte à trois piliers et la couche optique. Trois onces de sérosité dans les ventricules, le gauche est le plus large, Pas de ramollissement du septum lucidum. Les autres parties sont saines. Le nerf olfactif droit, malade comme le cerveau, forme, sur la lame criblée, une petite tumeur grise et irrégulière (1).

LXIIIe Obs. — Femme, soixante ans, maigre, abusant des spiritueux. Hémiplégie gauche, état apoplectique, respiration stertoreuse, pouls vibrant. Mort le quatrième jour. — Méninges sèches; sang noir concrété dans les sinus. Dans le ventricule gauche, trois ou quatre onces de sérosité limpide. Hémisphère droit, en très grande

(1) Abbot, *American Journal of med. Sciences*, 1853, July, p. 78.

partie, réduit en une substance molle, presque diffluente (ressemblant à des œufs au lait) en plusieurs endroits, rouge lie de vin. Corps strié droit volumineux, mou et rouge lie de vin. Pas de pus. Deux ou trois petits caillots dans la protubérance annulaire ([1]).

LXIVe Obs. — Femme, soixante-deux ans, nerveuse, petite et maigre. En décembre, étourdissement et céphalalgie. En février, tout à coup, perte de connaissance. La connaissance revient, mais la parole reste embarrassée; les idées sont confuses. Céphalalgie presque continuelle. 22 mars, deuxième attaque, retour plus lent de la connaissance. Hémiplégie gauche, abaissement de la commissure droite des lèvres, parole légèrement embarrassée, langue inclinée à droite, conservation de la sensibilité dans le côté paralysé; intelligence intacte, réponses justes. Douleurs très vives au côté droit de la tête, et à l'occiput. Pouls petit et fréquent. 28, langue sèche, avec enduit fuligineux; prostration. 30, assoupissement, réponses lentes, difficiles; respiration gênée, stertoreuse; joues soulevées par l'air expiré. Mort le 31. — Arachnoïde injectée sur l'hémisphère droit, qui est volumineux, et comme renflé à sa partie postérieure, et à sa face interne. Il adhère à la pie-mère, laquelle enlève une couche de substance corticale très ramollie, même diffluente, et d'un jaune pâle. Substance médullaire sous-jacente, jaunâtre, et piquetée de rouge. Couche optique et corps strié droits, volumineux et ramollis, voûte à trois piliers et septum diffluents; très peu de sérosité dans les ventricules. Hémisphère gauche à peu près sain, ainsi que toute la face inférieure du cerveau ([2]).

LXVe Obs. — Femme, soixante-deux ans; ancienne céphalalgie. 11 mars, engourdissement dans le bras droit, faiblesse de la jambe du même côté, embarras de la parole, bouche tirée à gauche, langue déviée à droite; doigts de la main gauche entraînés dans la flexion, contracture et mouvements difficiles du bras du même côté, tête douloureuse, mais non congestionnée. Hémiplégie droite de plus en plus prononcée, parole inintelligible, intellect obtus. Paupière supérieure droite aussi mobile que la gauche; l'œil droit se meut parallèlement avec le gauche; il reste immobile si le gauche est fermé; il paraît ne pas voir, mais se ferme si on touche les cils ou la conjonctive. Un peu de rigidité du membre inférieur droit; le pied se fléchit quand on excite la plante, qui paraît sensible. Évacuation de l'urine et des matières fécales involontaire; chaleur normale de la peau, pouls peu développé, 70. Mort le 5 juin. — A l'ouverture du

([1]) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 110.
([2]) Duplay (service de Rullier), *Journal hebdomadaire*, 1829, t. III, p. 296.

crâne, il s'écoule beaucoup de sang et de sérosité. Méninges gorgées de sang veineux. Substance cérébrale rouge, injectée, un peu molle, surtout à gauche. Deux circonvolutions du lobe moyen gauche ont un volume triple de l'état normal, et reposent sur une matière jaune clair, molle, comme caséeuse, du volume d'un œuf de dinde, parvenant jusqu'au ventricule latéral, dans lequel elle fait saillie. A la partie antérieure de cette masse se trouve un noyau isolé, moins jaune et demi-transparent, du volume d'une grosse aveline, entouré d'un cercle rougeâtre et mou de 2 à 3 millimètres de largeur, traversé par de nombreux vaisseaux. Une zone analogue, très vasculaire, très friable, entoure la masse principale dont la substance jaune rappelle les flocons albumino-fibrineux des inflammations séreuses. Les principaux vaisseaux de cette masse sont comme emboîtés dans une couche demi-transparente et plus ferme, de près d'un millimètre d'épaisseur. La masse ramollie ne montre ni fibrine granuleuse, ni globules, ni hématoïdine; mais des débris de fibres nerveuses, des agglomérations de globules gras, des corps granuleux de Gluge, des néocytes et des éléments fusiformes. M. Gubler regarde ces produits comme résultant d'une encéphalite subaiguë. Corps strié, couche optique et surtout pédoncule cérébral du côté gauche mous. L'étage inférieur de celui-ci, y compris le *locus niger*, est presque diffluent, composés d'éléments nerveux altérés et d'amas de globules graisseux. Protubérance, bulbe, cervelet et côté droit du cerveau sains (¹).

LXVIᵉ Obs. — Homme, soixante-quatre ans. A quarante-deux ans, syphilis, chancre, bubon inguinal, éruption pustuleuse, reparaissant sous la forme de l'impetigo; chagrins, inquiétudes, bronchite, puis vertiges. Un jour, perte du sentiment, de la parole, paralysie de la jambe droite; côté gauche de la face paralysé, dévié à droite; pouls plus petit à droite qu'à gauche, battement carotidien très prononcé; pupilles dilatées, face rouge. Deux jours après, possibilité d'articuler quelques mots, mais progrès de la paralysie. Quelque temps après, syncope subite, contraction des lèvres, rigidité du cou avec inclinaison de la tête à gauche. Contraction analogue, convulsions alternatives, et douleurs vives dans les membres droits; tremblement dans la main, face rouge, tête chaude, pas de perte de connaissance; mais, le troisième jour, coma et mort. — Rigidité des membres, surtout à gauche. Globe oculaire gauche atrophié. Hémisphère cérébral gauche plus développé que le droit; à son tiers postérieur et près de la faux, immédiatement au-dessous de la substance grise, ramollissement coloré en vert, avec quelques

(¹) Gubler, *Archives*, 1859, 5ᵉ série, t. XIV, p. 33.

stries jaunes. Cette altération, du volume d'une petite pomme, gagne le centre ovale jusqu'à la paroi ventriculaire. Quelques parties de cette substance ramollie sont dures, sans être nettement limitées. Partout sont les traces d'une congestion fort apparente. Artères de la base et de l'hémisphère gauche très dilatées. Plexus choroïde gauche plus injecté. Couche optique gauche moins étendue que la droite [1].

LXVII[e] Obs. — Femme, soixante-six ans, symptômes de maladie du cœur; ascite, œdème des membres inférieurs, paralysie des membres gauches, contracture de l'avant-bras du même côté dans le sens de la flexion; le membre inférieur a aussi une certaine roideur. Pas de douleurs dans les parties contractées, qui conservent leur sensibilité; intelligence nette, parole libre, pas de céphalalgie, pouls fréquent. Le troisième jour à dater de la contracture, dyspnée intense, état d'asphyxie. Mort. — Un grand nombre de circonvolutions de l'hémisphère droit sont transformées, à leur superficie, en une sorte de bouillie rougeâtre, jusqu'au niveau du centre ovale, où la pulpe cérébrale a subi en 5 ou 6 points un ramollissement analogue, mais moins rouge. Même état dans la substance grise de la couche optique et du corps strié, dont la couleur est lie de vin. Hypertrophie du cœur [2].

LXVIII[e] Obs. — Femme, soixante-six ans, ayant eu deux attaques apoplectiques avec hémiplégie droite : l'une, il y a six ans; l'autre, il y a trois ans. Après la première, l'exercice de la parole était troublé par la substitution d'un mot à un autre; et, après la seconde, il y eut perte absolue de la parole, sauf la syllabe *dat;* du reste, intellect conservé, santé bonne. Troisième attaque subite; mort le quatrième jour. — Désorganisation en une masse pulpeuse des deux tiers supérieurs du lobe antérieur gauche du cerveau, de la moitié du corps strié et de la couche optique du même côté; d'une partie du corps calleux, de la voûte et de la commissure antérieure. Hémisphère droit sain, seulement un petit caillot récent se trouve sur le corps strié droit, qui est ramolli [3].

LXIX[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans; indisposition, émétique, perte de connaissance, face pâle, pas de déviation de la bouche, insensibilité complète des membres droits, sensibilité obtuse des

(1) Albers, de Bonn, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. (*Annales médico-psychologiques*, 1861, t. VII, p. 615.)

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 404.

(3) Robert Dunn, *Procedings of the Royal Medico-Chirurg Society*. June 25th, 1850. (*American Journal of med. Sciences*, 1850, t. II, p. 483)

membres gauches, pouls à peine sensible, froid glacial. Mort. — Tout l'hémisphère gauche, excepté ses deux extrémités, est réduit en bouillie. Une ligne d'un rouge pâle circonscrit ce ramollissement. Les parties placées hors de cette ligne présentent une multitude de points rouges. Hémisphère droit et méninges à l'état normal. Plusieurs cuillerées de sérosité rougeâtre et limpide dans les ventricules et les fosses occipitales ([1]).

LXXe Obs. — Femme, soixante-dix ans; symptômes de pléthore céphalique. 19 janvier, perte de connaissance, paralysie du mouvement du bras droit, du sentiment de la moitié droite de la face; mâchoires serrées, jambes mobiles et sensibles, sensations et parole nulles. Mort au bout de trente heures. — Rougeur, tuméfaction et ramollissement gélatiniforme d'une partie des circonvolutions de l'hémisphère gauche et du corps strié ([2]).

LXXIe Obs. — Femme, soixante-dix ans, constitution apoplectique; céphalées, étourdissements, pertes de connaissance. 7 novembre, attaque apoplectique, retour de l'intelligence et de la parole, mais perte du sentiment, du mouvement des membres gauches, avec douleurs lancinantes; œil gauche fermé, sa pupille immobile et très dilatée; œil droit ouvert, sensible, sa pupille non dilatée; bouche déviée à droite, langue à gauche; céphalalgie intense et gravative, parole facile, réponses justes, respiration libre, pouls fréquent, dur, plein et fort; évacuations volontaires. Sixième jour, douleurs vives dans l'œil gauche, rétablissement de la sensibilité des membres gauches. Septième jour, étourdissements, tête pesante, vertiges, éblouissements. Huitième jour, roideur du bras gauche. Neuvième, retour du mouvement de la paupière gauche et de la vision. Onzième jour, œil droit rouge, douloureux. Seizième jour, yeux dirigés à droite, illusions d'optique. Dix-septième, céphalalgie intense, flexion permanente et roideur du bras paralysé; puis coma, insensibilité, résolution et parfois mouvements convulsifs du bras, stertor. Mort le vingt-unième jour. — Hémisphère droit du cerveau mou et comme fluctuant, y comprises la paroi supérieure du ventricule, la couche optique et une portion du corps strié. La substance cérébrale est réduite, jusqu'à la partie inférieure du lobe postérieur droit, en bouillie, moins blanche que la substance médullaire normale. Hémisphère gauche consistant, excepté à sa partie supérieure et à la voûte à trois piliers. Membrane ventriculaire généralement altérée, paraissant détruite ([3]).

([1]) Avisard, *Bibliothèque médicale*, 1820, t. LXIX, p. 228.
([2]) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 44.
([3]) Lallemand, *Recherches anat.-pathol.*, t. I, p. 188.

LXXIIe Obs. — Homme, soixante-douze ans, tempérament sanguin, constitution assez forte. Avril, parole lente, membres droits peu sensibles, n'exécutant que de faibles mouvements. Avant-bras infiltré, langue non déviée, un peu sèche, offrant au centre un enduit brunâtre. Pouls lent, intermittent, symptômes de pleurésie. Mort. — Ramollissement des substances grise et blanche à la partie postérieure et interne de l'hémisphère gauche, avec couleur lie de vin. En dehors du corps strié, second ramollissement plus étendu, mais de même aspect que le premier. Plaque osseuse sur les cavités droites du cœur. Epanchement pleurétique. Muqueuse gastrique rouge ([1]).

LXXIIIe Obs. — Femme, quatre-vingts ans. Décembre, depuis quinze jours, perte de l'intelligence et du mouvement; sensibilité obtuse, conjonctives injectées, pupilles contractées, pommettes rouges, avant-bras contractés sur les bras, fièvre. Sixième jour, dypsnée, douleur épigastrique, météorisme de l'abdomen. Mort le lendemain. — Méninges fortement injectées et ecchymosées, adhérant à la dure-mère et au cerveau dans une étendue de deux pouces. Substance médullaire de l'hémisphère droit, réduite en bouillie presque fluide. Hémisphère gauche sain. Sérosité rougeâtre et puriforme dans les ventricules et dans les fosses occipitales ([2]).

LXXIVe Obs. — Femme, quatre-vingt-six ans, attaques épileptiformes, répétées au bout d'un ou deux mois. 18 août, affaissement, perte incomplète de la parole; paralysie et insensibilité du bras gauche. Mort le cinquième jour. — Sinus de la dure-mère pleins de sang. Pie-mère injectée; parois artérielles épaissies. Circonvolutions du lobe moyen droit très tuméfiées, présentant des taches d'un rouge violet foncé, formées d'un grand nombre de points noirs entourés d'une rougeur vive. Toutes les circonvolutions de cet hémisphère sont ramollies, quelques-unes avec teinte rosée uniforme; elles ont conservé leur figure. La substance médullaire est ramollie à des degrés variés, ici sans changement de couleur; là, avec couleur rose ou pointillé rouge. Pointillé très circonscrit dans la couche optique. Hémisphère gauche, sain ([3]).

LXXVe Obs. — Femme, hémiplégie gauche ancienne, ayant commencé par le bras. En dehors de la scissure de Sylvius droite, dépression large et allongée, qui s'étend sur le lobe moyen et sur une grande partie du lobe postérieur, de couleur jaune brunâtre,

([1]) Leuret, *Archives*. 1829, t. XIX, p. 229.
([2]) Avisard, *Bibliothèque médicale*, 1820, t. LXIX, p. 230.
([3]) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 31.

très adhérente à la pie-mère qui est injectée. Substance corticale ramollie et jaune; substance médullaire adjacente indurée, rougie par les capillaires qui la parcourent, et parsemée de taches d'un jaune brun ([1]).

TROISIÈME SÉRIE. — *Encéphalite siégeant dans un hémisphère avec production de pus.*

LXXVI[e] OBS. — Enfant mal nourri. A quatre mois, rhume, vomissements, mauvais sommeil; yeux ternes, pupilles dilatées, immobiles, convulsions des yeux, de la face, des membres; gonflement du bras et de la main gauches; œil gauche moins ouvert, hoquet. Mort à neuf mois et demi. — Intégrité de l'hémisphère gauche; hémisphère droit très altéré; méninges épaissies et phlogosées. Substance corticale ferme et marquée de points d'inflammation. Au dessous, toute la substance cérébrale est convertie en un foyer purulent, sans odeur, et ne conservant plus aucune trace d'organisation; tente du cervelet altérée, beaucoup de sérosité autour du cervelet et de la moelle allongée ([2]).

LXXVII[e] OBS. — Enfant, quatre ans; ayant eu la croûte de lait, anxiétés et insomnie; tête volumineuse, stupeur, assoupissement, ni fièvre, ni autres symptômes. Fontanelle non ossifiée, pariétaux écartés, regard fixe, hagard; pupilles dilatées, visage bouffi avec une nuance bleuâtre. Mort. — Point de sérosité dans le crâne, mais huit onces de pus grisâtre, épais, granuleux, tenant la place d'un lobe du cerveau. Faux et tente du cervelet altérées ([3]).

LXXVIII[e] OBS. — Fille, dix-sept ans, lymphatique, anémique, suite de dysménorrhée. Céphalalgie, roideur et sensibilité des muscles du cou, fièvre; épigastre douloureux, vomissements, sensibilité et rigidité des membres gauches, sensibilité à un moindre degré à droite; intelligence conservée, réponses justes, puis paroles incohérentes, délire, grande sensibilité à la nuque, et à tout le crâne; mal de gorge, yeux ouverts, état à demi comateux, pupilles dilatées extraordinairement, pâleur, tristesse, pouls 100, plein et mou; peau peu chaude, murmure systolique, endocardique, distingué au côté droit et à l'épigastre; érythème papuleux aux fesses; enfin, délire, coma, mort. — Congestion veineuse de la pie-mère, vascularité prononcée à la base de l'hémisphère gauche. Dans le ventricule gauche, collection de matière purulente jaune, mêlée avec environ trois

([1]) Lacrampe-Loustau, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 432.
([2]) Chizeau, *Journal général*, an VII, t. VI, p. 286.
([3]) Pujol, *Œuvres de Médecine pratique*. Paris, 1823, t. I, p. 39.

onces de lymphe; effusion d'une once de sérosité claire dans le ventricule droit. Dans l'hémisphère gauche, abcès occupant le ventricule, ses cornes, et les lobes moyen et postérieur en partie enveloppés dans une membrane vasculaire, qui présente l'aspect villeux d'une muqueuse. Substance cérébrale ramollie au voisinage, mais pas très vasculaire. Pie-mère très injectée sur la surface inférieure des lobes moyen et postérieur. Quelques caillots dans le cœur (1).

LXXIXe Obs. — Militaire apporté au Val-de-Grâce le 23 mai; il répond au chirurgien de garde. Une heure après, coma profond, roideur des membres. Mort dans la soirée. — Turgescence de la substance cérébrale. Trois abcès dans l'hémisphère gauche, l'un au dessus du corps calleux; le deuxième, derrière la corne postérieure du ventricule; le troisième, à la base dans l'épaisseur des circonvolutions qui bornent en dehors les corps frangés; tous sont tapissés par une fausse membrane très distincte et vasculaire. Le foyer inférieur s'était déchiré, le postérieur s'était ouvert dans le ventricule. Tissu cérébral voisin altéré à divers degrés (2).

LXXXe Obs. — Soldat, vingt-sept ans, scrofuleux, mais assez robuste; otorrhée et surdité de l'oreille droite dans l'enfance, guérie à dix ans; abcès du sommet du poumon droit ouvert dans les bronches à quatorze ans. Récemment, refroidissement, fièvre, articulations du côté droit et joue du même côté douloureuses et gonflées; deux mois après, pesanteur de tête, vertiges, faiblesse des membres gauches, pouls dur, plein, 65-70; état normal des sens, de l'intelligence et des excrétions, recrudescence du gonflement et des douleurs articulaires; après une nuit très agitée, ce malade se lève sur son séant, perd connaissance, mais revient un quart d'heure après; tout le côté droit est paralysé; le lendemain, nouvelle attaque et mort. — Dans le centre ovale droit, près la couche optique, kyste contenant du pus, ouvert par un petit pertuis dans le ventricule voisin. Deuxième abcès enkysté dans le lobe postérieur droit du cerveau. Large excavation au sommet du poumon droit (3).

LXXXIe Obs. — Valet de chambre, vingt-sept ans, lymphatico-sanguin; fièvre typhoïde à vingt ans. A vingt-cinq ans et demi, blennorrhagie suivie d'arthrite, puis cessation des douleurs. 3 février, malaise, douleurs vagues dans les membres, céphalalgie intense, surtout du côté gauche. 19 et 20, vomissements bilieux. 21, stupeur, pouls 48, peau chaude, sèche; face un peu injectée, sans expression;

(1) James Bird, *Transactions of the Patholog. Society of London*, 1851, t. III, p. 236.
(2) Laveran, *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 250.
(3) Albers, de Bonn; Horn, Nasse, Wagner *Archiv*. (*Gaz. méd.*, 1835, p. 614.)

yeux un peu brillants, paupières rouges, abaissées; pupilles non dilatées, contractiles. La douleur occupe tout le côté gauche de la tête, elle n'augmente pas par la pression; le front n'est pas brûlant. Langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais; bouche mauvaise, constipation, vomissements verdâtres. Paralysie momentanée des deux membres droits, réponses nettes, intellect intact, impression de la lumière et du bruit désagréable. 23, pouls lent, alternatives de somnolence et d'agitation, mouvements convulsifs, délire. Mort le 25. — Méninges injectées. Deux abcès situés dans l'épaisseur de la moitié latérale gauche du cerveau, dans la substance blanche, immédiatement au-dessous de la substance corticale, l'un dans le lobe postérieur, l'autre à la face inférieure du lobe antérieur, en dehors du nerf olfactif gauche; l'un et l'autre du volume d'une noix, aplatis, à parois irrégulières, anfractueuses, vasculaires; le pus est phlegmoneux. Substance cérébrale normale [1].

LXXXIIe Obs. — Homme, trente ans; en état d'ivresse, chute sur la tête, exposition au froid et à la pluie; céphalalgie, qui diminue, cesse et revient; amaurose qui fait des progrès. Quatre mois après l'accident, céphalalgie, perte de la vue, pupilles toujours dilatées, immobiles; surdité, marche difficile, perte partielle de la mémoire, pouls naturel, soif, digestion naturelle, constipation, parole distincte; deux attaques successives, dans lesquelles il y a perte de connaissance et de sensibilité pendant dix minutes. Mort deux mois après, non précédée de paralysie, ni de convulsions, ni de délire, ni de coma. — Crâne mince. Adhérences des méninges sur les côtés du sinus longitudinal supérieur, avec nombreuses granulations de Pacchioni. Hémisphère droit sain, si ce n'est que le ventricule contient trois onces de sérosité limpide. Hémisphère gauche offrant une lésion grave de toute la substance médullaire, surtout vers le lobe postérieur. État de mollesse, demi-transparence et couleur bleuâtre. Près du ventricule, dans le centre de l'hémisphère, cavité considérable qui contenait une matière jaunâtre, en grumeaux, du pus coagulé. Substance corticale non altérée, ni le cervelet, ni la moelle allongée, ni les nerfs optiques [2].

LXXXIIIe Obs. — Homme, trente-cinq ans. 10 mars, hémiplégie droite et perte de la parole. Facultés intellectuelles affaissées. Le malade entend, montre la langue, exécute les mouvements ordonnés; il a perdu la mémoire des mots; il en prononce quelques-uns distinctement; puis intellect amélioré, non la mémoire des mots. 29 mars, accès tétaniques du côté paralysé. Mort le 4 avril. —

[1] Descroizilles, *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 50.

[2] Duncan junior, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1821, t. XVII, p. 322.

Méninges congestionnées. Dans le lobe postérieur gauche, à un pouce de la surface et presque au niveau du corps calleux, cavité pouvant loger une noix, contenant un liquide séro-purulent, jaunâtre, avec ramollissement tout autour. Lobe antérieur, à un pouce au-dessus de l'orbite, dépression dépendante d'un ramollissement en gelée jaunâtre, dans la profondeur d'un demi-pouce (1).

LXXXIVe Obs. — Homme, quarante ans; paralysie du côté gauche, céphalalgie intense, plaintes continuelles, peu de délire, insomnie. — Abcès volumineux dans le centre ovale droit et à la partie postérieure du même hémisphère (2).

LXXXVe Obs. — Forgeron, quarante ans. Depuis deux mois, douleurs et pulsations dans le côté gauche de la tête. Mars, mouvements convulsifs des membres droits, vertiges, confusion des idées, engourdissement du côté droit avec mouvements choréïques, puis paralysie de ce côté; alors, gêne pour la prononciation et perte de la parole, pouls fréquent, évacuations involontaires; mais intellect intact, vue, ouïe parfaites; cris de douleur, main portée à la tête. Au bout de quatre mois, coma, mort. — Hémisphère gauche mou, affaissé, fluctuant comme un sac rempli de fluide, converti, en effet, en une masse liquide, formée de pus et de substance cérébrale ramollie. Peu de sérosité dans les ventricules. Un caillot de sang dans la couche optique gauche (3).

LXXXVIe Obs. — Homme, cinquante-deux ans, lymphatico-sanguin. Attaque apoplectique en septembre; retour de la connaissance, mais hémiplégie et insensibilité du côté gauche, parole très embarrassée, vue troublée. Trois mois après, eschares au sacrum, pupille gauche très dilatée et cécité du même côté, ouïe dure; quelques monosyllabes prononcées avec difficulté; maigreur, pouls petit et fréquent, langue sèche avec enduit noirâtre. — Tout l'hémisphère droit est converti en un foyer rempli de pus et de flocons blanchâtres, débris de la substance cérébrale. Les parois du foyer sont formées par la substance corticale, en dedans par les restes de la couche optique et du corps strié. Des prolongements de substance cérébrale forment, dans ce vaste foyer, des espèces de loges qui communiquent entre elles (4).

LXXXVIIe Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, sanguin, fort, sujet aux épistaxis. Avril, étourdissement, pesanteur de tête, perte

(1) Hamilton Roe, *Lancet*, 1848, marsh. (*Union médicale*, 1848, p. 545.)
(2) J. P. Frank, *Interpretationes clinicæ*, p. 155.
(3) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 133.
(4) Smith. (Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, 1823, t. III, p. 377.)

de connaissance, chute. Il se relève au bout d'un quart d'heure, faiblesse du côté gauche, mais intelligence nette et parole libre. Le troisième jour, la marche est encore possible; bientôt, frissons, vertiges, céphalalgie intense. Deuxième attaque, parole embarrassée, bouche et langue fortement portées à gauche, tiraillement douloureux des membres de ce côté. Troisième attaque, suivie du rétablissement de la parole et des facultés intellectuelles. Le cinquième jour, face très animée, yeux larmoyants, gaîté exaltée, réponses vives, pouls fort; urines sédimenteuses, amélioration. Le seizième jour, forte douleur de la tête et du cou, éblouissements, vertiges. Dix-septième, nouvelle attaque apoplectique; retour de la connaissance et de la parole. Du dix-huitième au trente-neuvième jour, date de la mort, pertes de connaissance réitérées, hémiplégie gauche, assoupissement ou insomnie, délire, douleur en urinant, évacuations involontaires, roideur des membres, eschares autour du bassin.—Beaucoup de sang dans les méninges, cerveau mou; lobe moyen droit et lobe antérieur droit contenant chacun un abcès de trois à quatre centimètres de diamètre, et remplis de soixante à soixante-dix grains de pus blanc grisâtre, lié. Sérosité limpide dans les ventricules, ramollissement circonscrit de la face supérieure du foie ([1]).

LXXXVIII[e] Obs. — Homme, cinquante-sept ans, tempérament sec et nerveux. Janvier, état apoplectique, hémiplégie droite, imparfaite, qui n'empêche pas la marche; intellect affaibli; répétition comme automatique des dernières paroles entendues; bouche déviée à gauche, langue se portant à droite. 5 février, nouvelle attaque; hémiplégie, parole nulle, gémissements, pouls lent, sueur, pupilles contractées, évacuations soumises à la volonté; alternatives de diminution et d'augmentation des symptômes. 28 février, immobilité, insensibilité du côté droit, impossibilité d'articuler d'autres mots que oui ou non. 8 mars, yeux fixes, déglutition difficile. Les 11, 12, amélioration, quelques mots articulés, quelques aliments ingérés. Mort le 19. — Vaisseaux de la tête injectés. Le tiers antérieur de l'hémisphère gauche contient un volumineux noyau d'endurcissement, entouré de vaisseaux injectés et de caillots de sang. Cette tumeur, incisée, présente une coloration jaunâtre, et des points d'un rouge brun, dépendant du sang combiné avec la substance cérébrale. Celle-ci, en ce point, ressemble à du pus concrété; elle contient une petite quantité de pus liquide; elle crie légèrement sous le scalpel, peut néanmoins s'écraser sous le doigt; sa consistance est supérieure à celle des parties voisines; elle est traversée par des débris de vaisseaux déchirés. Pareille altération se trouve dans le lobe

([1]) Leroux, *Cours de Médecine pratique*, t. VIII, p. 275.

moyen gauche, vers la scissure de Sylvius; mais il y a plutôt du ramollissement que de l'induration ([1]).

LXXXIXe Obs. — Femme, soixante-cinq ans, bonne constitution, petite taille, loupes nombreuses sur le cuir chevelu, tibia gauche triplé de volume depuis vingt-cinq ans. En juin, affaissement, pâleur, faiblesse, peau fraîche, pouls petit, non fréquent; langue humide. Cette femme remue les membres, mais ne parle pas; entend fort bien, mais ne répond que par signes; commence un mot, presque toujours un adverbe, mais ne l'achève pas. Elle mange un peu, et marche. Au bout d'un mois, paralysie du mouvement des membres droits; motilité de la langue conservée, vue, ouïe intactes. La jambe gauche, dont les parties molles étaient habituellement tuméfiées, s'est subitement dégonflée. Affaissement graduel, déglutition difficile. Mort le 16 août. — Vaisseaux extérieurs du cerveau injectés, presque toutes les artères ossifiées de distance en distance, et des deux côtés également. Substance cérébrale consistante, et même presque dure. Intégrité parfaite de l'hémisphère droit. Corps strié gauche doublé de volume, transformé en une masse gélatineuse, tremblante, parsemée de nombreux vaisseaux sanguins très déliés, et présentant encore mélangées les couleurs blanche et grise. Couche optique voisine envahie. Dans le lobe antérieur gauche, petit abcès mal limité, et entouré de substance cérébrale indurée. Glande pinéale rouge, pétrifiée, friable à l'extérieur, d'une extrême dureté à l'intérieur, et présentant des points brillants, comme des petits cristaux rougeâtres ([2]).

XC^e^ Obs. — Femme, soixante-neuf ans, constitution forte et pléthorique; manie aiguë, yeux brillants, loquacité, agitation continuelle. Cet état dure six mois. 15 mars, station debout impossible, face jaunâtre, yeux entr'ouverts, tête penchée sur l'épaule droite. Coma profond, pouls dur et accéléré; déjections involontaires. Le soir, paroxysme violent, face rouge, cris aigus. Le lendemain, hémiplégie gauche. Troisième jour, mort. — Crâne épais, injecté; cerveau injecté à sa surface, substance corticale d'un rouge vif dans les circonvolutions supérieures; ramollie et lie de vin, dans les circonvolutions latérales. Corps strié droit désorganisé, brunâtre et presque liquide. Lobe postérieur droit, formant une bouillie purulente, parsemée de parcelles rouges et blanches de pulpe cérébrale désorganisée. Hémisphère gauche normal, mais injecté à sa surface ([3]).

([1]) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, 1825, p. 183, obs. 36.
([2]) Hervez de Chegoin, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. III, p. 389.
([3]) Pinel fils, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1826, t. VI, p. 58.

XCI[e] Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans, encore active, d'un caractère difficile. Il y a quatre ans, monomanie, puis démence. Altération et ablation du gros orteil gauche. 20 juillet, déviation de la bouche à gauche, membres droits faibles, air étonné. 22, hémiplégie droite complète, perte de la parole; intelligence intacte, s'exprimant par des gestes ou par des cris; tête tirée à gauche, mouvements spasmodiques du poignet droit, pouls accéléré, face rouge, chaude; nausées, soif, langue sèche. Mort au bout de vingt-sept jours. — Hémisphère gauche transformé en une sorte de bouillie rougeâtre, humectée d'un liquide d'aspect purulent. A droite, il n'existe dans le centre ovale qu'une petite plaque ecchymosée. Environ, cent grammes de sérosité proviennent de la pie-mère et des ventricules latéraux (1).

Résumé des observations d'encéphalite bornée à un hémisphère cérébral.

I. Ces observations, au nombre de 37, se rapportent :

1° A des encéphalites avec simple tuméfaction ou induration du tissu cérébral..............	3
2° A celles qui ont produit le ramollissement....	18
3° A celles qui ont déterminé la formation du pus.	16
	37

II. Le nombre des individus du sexe masculin a été de 15, et celui de l'autre sexe de 20. La prédominance de ce dernier porte sur la série des encéphalites avec ramollissement du tissu cérébral.

III.

2	enfants avaient l'un 7 et l'autre 9 mois.
2	autres — l'un 4 et l'autre 9 ans.
1	sujet avait 17 ans.
4	individus avaient de 21 à 30 ans.
3	— — de 31 à 40 —
1	était âgé de 47 ans.
6	étaient âgés de 51 à 60 ans.
11	— de 61 à 70 —
4	— de 71 à 80 —
1	était âgé de 86 ans.
35	

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 203.

L'âge est ignoré pour deux sujets. Je fais remarquer que la plupart des sujets âgés de plus de soixante ans appartiennent à la catégorie des encéphalites avec ramollissement.

IV. La constitution des sujets a varié ; elle était forte ou faible, pléthorique ou nerveuse (LV, LXXXVIII).

V. Les professions ont été rarement indiquées, soldat, forgeron, valet de chambre, etc.

VI. Les maladies antérieures sont plus dignes d'attention. On peut citer la croûte de lait (LXXVII), les scrofules, le favus (LIX), l'eczéma (LV), le rachitis, le rhumatisme (LXXX, LXXXI), la syphilis (LXVI), les maladies du cœur et des artères (LXVII, LXXII, LXXXIX), la manie, la démence (LXI, XC, XCI), l'épilepsie (LXXIV), l'apoplexie (LXVIII).

VII. Des causes plus spéciales ont parfois agi ; ce sont des chutes qui ont ébranlé l'encéphale, sans cependant avoir causé des accidents immédiats (LVIII) ; l'exposition au froid et à la pluie (LXXXII), l'abus des spiritueux (LXIII, LXXXII).

VIII. Les sujets disposés à l'encéphalite ont fréquemment offert, pour *symptômes précurseurs*, la céphalalgie, des étourdissements, une perte momentanée de connaissance, la débilité d'un membre (LV).

IX. L'*invasion* de la maladie a été marquée par l'exagération de ces symptômes ou par une sorte d'attaque apoplectique. Ce début a eu lieu 15 fois ; la perte de connaissance a été ordinairement de courte durée.

X. Les *symptômes* de l'encéphalite monohémisphérique ont offert quelques particularités notables.

La *céphalalgie* n'a été très prononcée que chez dix ou onze malades. La douleur a plusieurs fois occupé une région pariétale ou temporale (LXIII, LXXX, LXXXIV). Quelques sujets ont déclaré ne souffrir nullement de la tête (LXII, LXVII) ; mais quelquefois, à la place, ils ont éprouvé une sensation insolite, comme une sorte d'éclair (LXII), ou quelquefois la douleur a été signalée par les mouvements du malade, qui portait fréquemment la main à la tête (LXXXV). Il y a eu

parfois plutôt un sentiment de pesanteur qu'une véritable douleur (LV, LXXX).

XI. L'intelligence est demeurée assez lucide un certain nombre de fois. Les malades conservaient l'usage des sens et pouvaient s'exprimer assez facilement (LXVII, LXXI, LXXXII, LXXXIX). D'autres fois, l'intelligence continuant à s'exercer, la parole était gênée, embarrassée (LVII, LXII, LXV, LXXIV, LXXXV, LXXXVI), lente (LXXII) ou même nulle (LVI, LIX, LXV, LXVIII, LXX, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XCI). La perte de la parole a pu n'être que temporaire (LIX, LXXXVII). Elle a eu lieu, bien que la langue ait conservé sa mobilité (LXXXIX). Un cas a présenté le phénomène de la répétition automatique des derniers mots entendus (LXXXVIII).

L'atteinte reçue par l'intelligence s'est manifestée par la perte de la mémoire des mots (LXXXIII) ou des choses (LXXXII), par des paroles incohérentes (LXXVIII), par quelques rêvasseries (LXII), par le délire (LXXVIII, LXXXI, LXXXVII), qui a rarement été agité, ou furieux ou loquace.

Il y a eu chez 15 sujets de la stupeur, de l'assoupissement, du coma.

XII. Les sens ont été émoussés, la vue obscurcie à un œil ou aux deux yeux, l'ouïe dure (LVII, LIX, LX, LXII, LXXXII, LXXXVI).

Les yeux ont présenté des états variables; ils ont été ternes ou brillants, ouverts ou inégalement fermés, fixes ou roulants; deux fois, il y a eu du strabisme (LVIII, LIX).

Les pupilles ont été assez souvent dilatées (LVIII, LIX, LXVI, LXXVI, LXXVII, LXXVIII, LXXXII); la dilatation a été plus marquée à la pupille droite (LXII, LXXI) ou à la gauche (LXI, LXXXVI). Elles ont été rarement contractées (LXVI, LXXIII, LXXXVIII).

XIII. La motilité a été assez fréquemment mise en jeu. Il y a eu des mouvements convulsifs des yeux, de la face (LXXVI), des bras, d'un poignet, des membres (LXII, LXXI, LXXXI), et plus souvent à droite qu'à gauche (LVIII, LX, LXXXV, XCI).

La contracture s'est produite parfois, affectant la main,

les doigts ou le membre inférieur du côté droit (LVIII, LIX, LXV, LXVI), ou du côté gauche (LXI, LXVII, LXXI).

XIV. La perte de l'énergie musculaire, depuis l'engourdissement jusqu'à la paralysie, a été observée affectant un côté, tantôt le droit (LVI, LVII, LIX, LXV, LXVIII, LXXII, LXXXI, LXXXIII, LXXXV, LXXXVIII, LXXXIX, XCI), tantôt le gauche (LIV, LXI, LXIII, LXVII, LXXI, LXXIV, LXXV, LXXXIV, LXXXVI, LXXXVII, XC). Avec l'hémiplégie droite a coïncidé plusieurs fois la perte de la parole (LIX, LXV, LXVIII, LXXXV, LXXXVIII, LXXXIX, XCI). La langue s'est inclinée soit du côté paralysé (LV, LXV, LXXI), soit du côté sain (LXIV).

La moitié de la face correspondant à la paralysie a été souvent affectée en même temps. Il n'y a eu qu'un cas d'hémiplégie alterne (LXVI). Une fois la paralysie a semblé d'abord s'emparer des membres gauches, et bientôt après elle s'est fixée sur les membres droits (LXXX).

XV. La sensibilité est demeurée le plus souvent intacte; mais l'insensibilité a quelquefois accompagné la perte du mouvement (LIX, LXXII, LXXIV). Elle a eu lieu aussi sans lésion de la motilité (LXIX). Dans un cas, la sensibilité a été exagérée et des douleurs lancinantes ont été ressenties dans les membres paralysés (LXXI).

XVI. Le pouls est quelquefois resté naturel; plus souvent, il a été accéléré; rarement lent (LXXII, LXXXI). Il a été plein, fort, tendu ou petit et imperceptible. On a constaté des battements du cœur désordonnés (LIX).

XVII. La respiration a été accélérée, stertoreuse, singultueuse.

XVIII. Des vomissements se sont manifestés chez quatre malades seulement (LVIII, LXXVI, LXXVIII, LXXXI). La déglutition a été plusieurs fois difficile, ou à la fin impossible. Les selles et les urines ont été souvent évacuées sans la participation de la volonté; mais quelquefois, bien qu'involontaires, les évacuations ont eu lieu, le malade en ayant la conscience.

XIX. La maladie a marché d'une manière assez inégale, quelquefois en offrant des attaques distinctes ou des paroxys-

mes (LXIV, LXXXVII, XC), se terminant en un (LXI, LXXIX), deux (LXX), trois (LVII, LXVII, XC), quatre (LXIII, LXVIII), cinq (LXXIV) ou sept (LXXIII) jours, ou se prolongeant jusqu'au vingt-unième (LXXI), au vingt-troisième (LXXXI), au vingt-quatrième (LXXXIII), au vingt-septième (XCI), au trente-neuvième (LXXXVII) jour, ou enfin durant deux mois (LV, LXV, LXVI, LXXXII, LXXXIX), trois (LXXXVI, LXXXVIII), quatre (LXXXV) ou cinq (LXXVI) mois. Ainsi l'encéphalite, ayant envahi une moindre étendue du cerveau, n'a pas eu une terminaison aussi souvent rapide que celle de la section précédente.

XX. Les *lésions anatomiques* communes se sont montrées chez la plupart des sujets. C'étaient surtout une injection prononcée des vaisseaux cérébraux et méningiens, la plénitude des sinus de la dure-mère, des adhérences, des infiltrations séreuses des méninges, etc.

XXI. L'examen plus spécial de l'un des hémisphères y a fait découvrir, dans quelques cas, une forte turgescence vasculaire, une tuméfaction marquée des circonvolutions, une teinte rougeâtre des substances corticale ou médullaire; de plus, on y a constaté une augmentation de volume et de consistance (LV, LVI, LVII) assez uniforme, ou des petites masses globuleuses et pédiculées.

XXII. Le *ramollissement* s'est ordinairement emparé d'une grande partie de l'hémisphère, affectant la substance grise et la substance blanche, comprenant souvent le corps strié ou la couche optique du même côté, réduisant les parties affectées en une bouillie rougeâtre, lie de vin, parfois diffluente, ou en un tissu mou, raréfié, comme poreux ou celluleux, marbré de couleurs variées. Dans quelques cas, la substance corticale ou d'autres parties de l'hémisphère étaient en même temps indurées (LIX, LX, LXXV), faisant ainsi un contraste très sensible. Le ramollissement s'est étendu, dans un cas, au pédoncule cérébral du côté malade (LXV).

XXIII. On a trouvé dans l'un des hémisphères un, deux ou trois *foyers purulents,* volumineux, affectant plus souvent le lobe moyen ou le postérieur, quelquefois l'antérieur.

Deux fois, le pus s'était fait jour dans le ventricule voisin. Il paraissait, en général, blanc-grisâtre, inodore, assez bien lié et analogue au pus phlegmoneux. Il était contenu dans des parois anfractueuses, inégales, ramollies (LXXXI) ou renfermé dans une fausse membrane vasculaire (LXXVIII, LXXIX, LXXX).

XXIV. En comparant les deux hémisphères sous le rapport de la fréquence des lésions, on trouve peu de différences. Sur les 37 faits que je compare, il en est un à l'égard duquel l'observateur n'a pas spécifié le côté affecté (LXXVII); les autres se divisent en 17 pour l'hémisphère droit et 19 pour le gauche.

Afin de faciliter l'étude des rapports du siége de la lésion avec les manifestations symptomatologiques, je désigne d'une manière plus particulière les faits. Ainsi, l'hémisphère droit était affecté chez les sujets des observations LV, LVIII, LXI, LXII, LXIII, LXIV, LXVII, LXXI, LXXIII, LXXIV, LXXV, LXXVI, LXXX, LXXXIV, LXXXVI, LXXXVII, et l'hémisphère gauche recélait les vestiges de la phlegmasie dans les cas inscrits sous les n°s LVI, LVII, LIX, LX, LXV, LXVI, LXVIII, LXIX, LXX, LXXII, LXXVIII, LXXIX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXV, LXXXVIII, LXXXIX, XCI.

XXV. On a noté l'épaississement ou l'ossification des parois artérielles (LXXIV, LXXXIX), l'hypertrophie du cœur (LXVII, LXXII), etc.

9e SECTION. — ENCÉPHALITE AFFECTANT PRINCIPALEMENT LA SUBSTANCE CORTICALE.

Cette section se distingue par le siége de l'encéphalite à la périphérie du cerveau, et par des rapports plus intimes avec l'état des méninges. Toutefois, celles-ci ne sont ni fortement ni primitivement altérées, comme dans la méningo-encéphalite; seulement, elles ne sont pas demeurées étrangères à une phlegmasie aussi immédiatement contiguë.

XCIIe OBS. — Garçon, un an, tête volumineuse; accès convulsifs

avec roideur générale, et stupeur léthargique. Coma, convulsions tétaniques. Mort. — Os du crâne minces, sutures et fontanelles complètement ossifiées. Dure-mère adhérente au crâne. Pie-mère très injectée. Substance corticale du cerveau dans toute son étendue d'une couleur rosée et ramollie. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules et à la base du crâne ([1]).

XCIIIe Obs. — Enfant, vingt-deux mois, bien constitué, bien portant, renversé par une voiture, dont une roue passe sur sa jambe. La tête avait porté sur le sol. Accidents cérébraux graves; coma. Mort le troisième jour. — Cerveau turgescent, plus volumineux en apparence, que ne le comporte la cavité du crâne. Pie-mère injectée, substance corticale du cerveau et du cervelet de couleur ardoisée, très ferme; substance médullaire un peu molle, parsemée de gouttelettes de sang. Pas de sérosité dans les ventricules ([2]).

XCIVe Obs. — Fille, quinze ans, bergère, assez forte constitution. Juillet, tristesse. Août, coma, sensibilité obtuse, coucher en supination, face pâle et grippée, immobilité du tronc, mouvements fréquents des quatre membres; pouls petit et très fréquent; respiration courte, stertoreuse, sueur générale; réponses brèves, brusques, prostration, mains souvent portées à la nuque où on a mis un vésicatoire. Mussitation momentanée, puis assoupissement, vomissements de matières liquides; pupilles extrêmement contractées. Mort vers le quatorzième jour. — Vaisseaux des méninges injectés. Pie-mère infiltrée de sérosité. Circonvolutions déprimées. Substance corticale du cerveau et du cervelet dans toute son étendue, de couleur grise ardoisée, analogue à celle du bronze, ferme, et laissant suinter par la division des gouttelettes d'un sang rouge très foncé. Substance blanche injectée, mais normale. Beaucoup de sérosité dans les ventricules. État normal des autres organes ([3]).

XCVe Obs. — Fille, dix-sept ans, chagrin vif, délire furieux, cris, hurlements, yeux fixes, brillants; pupilles dilatées, face injectée, peau chaude, pouls fréquent, plein, mou, 100; langue sèche, rapeuse; soif, air étonné; pas de céphalalgie, parole conservée, agitation extrême, puis affaissement. Mort le onzième jour. — Capillaires artériels du cerveau injectés. Méninges adhérentes à la substance corticale qui est rosée et ramollie. Ces altérations sont plus marquées aux lobes antérieurs. Substance blanche d'une teinte rosée ([4]).

([1]) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 124, 20e obs.

([2]) Billard, *Archives*, 1825, t. IX, p. 504.

([3]) *Idem, ibidem*, p. 502.

([4]) Brière, *Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. XI, p. 507.

XCVIe Obs. — Fille, vingt-un ans, lymphatique, bien constituée, douleurs de tête s'étendant du front aux tempes et aux oreilles, s'exaspérant par temps, augmentées par la chaleur des fers à repasser. Affaiblissement de la vue. Mai, pupilles très dilatées, peu mobiles; yeux saillants, paresse de l'ouïe, intelligence un peu obtuse, mais permettant divers travaux manuels. Amaigrissement, règles peu abondantes et irrégulières. Octobre, surdité très prononcée, amaurose presque complète, sensibilité obscure, fièvre avec exacerbation le soir; pouls petit et serré; ni sueurs, ni vomissements; évacuations alvines ordinaires, taciturnité, coma; ni paralysie, ni convulsions; plaintes causées par la douleur de tête, décubitus dorsal, yeux ouverts. Mort au bout de huit jours à dater de cette aggravation. — Peu de roideur cadavérique. Vaisseaux de la pie-mère pleins de sang. Substance corticale dans toute son étendue de couleur gris-ardoisé très prononcé, nuancée de bleu verdâtre, de consistance ferme, fournissant à la division des gouttelettes de sang. Substance blanche sablée de points rouges; du reste, état normal de l'encéphale, des nerfs et des autres organes ([1]).

XCVIIe Obs. — Femme, vingt-cinq ans, nourrice depuis cinq mois; flux hémorroïdal abondant; travaux, fatigues. 26 octobre, tout à coup, diarrhée, délire très aigu, hallucinations de la vue et de l'ouïe, cris de terreur; fièvre, insomnie, station difficile, mouvements tumultueux des bras, yeux brillants, pupilles resserrées, déglutition pénible, respiration accélérée, pouls petit, très fréquent. 10 novembre, peau froide, sensibilité obtuse, pas de signe d'intelligence, mâchoires serrées, mouvements désordonnés des membres; coma. Mort le même jour. — Dure-mère très adhérente au crâne. Vaisseaux méningiens pleins de sang. Cavité de l'arachnoïde sèche. Hémisphères rendus très rouges à leur surface, par l'injection des capillaires de la pie-mère, laquelle est fort mince, et n'adhère pas aux circonvolutions; celles-ci sont ramollies et comme tatouées à leur surface de petites érosions saignantes; leur couche superficielle s'enlève par le moindre frottement. A l'intérieur, la substance corticale est violacée. La substance blanche est consistante et modérément injectée. Lamelles grises des corps striés de teinte violacée. Pie-mère cérébelleuse injectée. Cervelet rouge à l'extérieur; sa substance corticale est rose ([2]).

XCVIIIe Obs. — Femme, trente-cinq ans, couturière. 27 septembre, manie aiguë, début subit et sans cause connue. Réponses assez exactes aux questions. Par moments, agitation, incohérence, menaces de frap-

([1]) Billard, *Archives*, 1825, t. IX, p. 498.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 153.

per; pupilles mobiles inégales, la droite plus large; haleine fétide, langue et lèvres sèches; toux légère, râles ronflants; pouls 92, puis 112; température axillaire, 38, 5. Aggravation rapide, coma. Mort le 5 octobre. — Poids de l'encéphale et des méninges, 1,120 grammes. A la face interne de la dure-mère, arborisations sans néo-membranes. Arachnoïde et pie-mère injectées, rouges, sans épaississement, ni exsudats. Couche corticale congestionnée, avec pointillé, surtout au niveau du dos des circonvolutions. A droite, à l'envers des lobes frontal et sphénoïdal, se trouve une érosion très superficielle avec piqueté plus marqué dans une étendue de trois centimètres. Substance corticale de consistance normale; par places, elle a une teinte rosée très marquée; les parties colorées des centres, ont une couleur analogue à celle du jambon. Substance blanche très vasculaire, avec piqueté net. Injection plus grande sur la face inférieure du cervelet à droite et sur la protubérance et le bulbe, avec petites exhalations sanguines par places. Tout l'encéphale est ferme; rien de particulier dans les ventricules (1).

XCIXe Obs. — Femme, trente-cinq ans, vie dissipée, excès alcooliques. En janvier, insomnie, céphalalgie très intense, visions effrayantes et tristes, agitation. Cet état se dissipe. Trois mois après, trouble des idées, mots incohérents, hésitation dans la parole, faiblesse dans les mains, vacillation dans la marche, fausses idées de richesse. Ces symptômes s'amoindrissent. En novembre, hémiplégie gauche incomplète, bouche déviée à droite, parole embarrassée. Ces phénomènes décroissent bientôt, et pendant un an, la santé paraît assez bonne, sauf une faiblesse intellectuelle qui a persisté, quelques instants de bégaiement et une débilité assez marquée du côté gauche. L'année suivante, qui est la troisième, en mai, la maladie fait des progrès; les évacuations sont involontaires, les indices de la paralysie générale ont augmenté, la maigreur est extrême, la nutrition n'est soutenue qu'avec des aliments liquides; pouls presque normal. Mort en janvier, au bout de trois ans de maladie. — Ossification triangulaire dans l'épaisseur de la partie antérieure de la faux, au devant de l'apophyse crista galli. Cerveau petit, il pèse 800 grammes; l'hémisphère gauche, 431; le droit, 369; le cervelet et la protubérance, 155. On a recueilli 150 grammes de sérosité à la base. L'arachnoïde n'offre pas d'opacité. La pie-mère, sauf un point ou deux, n'est pas infiltrée; elle n'offre que quelques traces de suffusion sanguine. Ces méninges ne sont pas épaissies, mais elles ont contracté des adhérences avec la substance corticale, dont elles enlèvent la couche externe, et dont elles laissent à nu,

(1) Hayem, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1868, n° 124, p. 94.

une surface inégale, mamelonnée, rouge et saignante. En certains points, les membranes entraînent même toute l'épaisseur de la substance corticale. Cette substance est atrophiée et beaucoup plus molle qu'à l'état normal. La substance médullaire est au contraire plus ferme et plus élastique; elle est indurée. Méninges du cervelet injectées, mais non adhérentes. Substance grise de cet organe très colorée. Consistance générale du cervelet, moindre que celle du cerveau. Moelle à l'état normal. Hépatisation d'un lobule pulmonaire (1).

Cᵉ Obs. — Femme, trente-six ans, robuste, tempérament sanguin, métrorrhagies. 12 novembre, regard incertain, bouche déviée à gauche, commissure droite abaissée, parole embarrassée, main droite moins forte que la gauche; sensibilité conservée des deux côtés, intelligence intacte; pouls fréquent, serré, petit, intermittent; rien d'anormal dans les bruits du cœur. Légère céphalalgie pariétale gauche, œil droit dévié en dehors. Quatrième jour, assoupissement, puis amélioration. Huitième jour, aggravation, paralysie du bras gauche; jambe gauche non paralysée. Neuvième, coma, pupilles contractées, craquements de dents, serrement des mâchoires, face grippée. Mort le onzième jour. — Vaisseaux méningiens gorgés de sang. Pie-mère adhérente à quelques circonvolutions. Ensemble du cerveau ramolli. Substance grise de l'hémisphère gauche, surtout du lobe antérieur, congestionnée par plaques rouges, imitant l'éruption de la rougeole. Coloration rosée de la substance blanche voisine. Mollesse de l'hémisphère droit, avec plaques rougeâtres, principalement sur le lobe antérieur, recouvert de gouttelettes de sang. Lésion organique de l'estomac, perforation, etc. (2).

CIᵉ Obs. — Femme, trente-neuf ans, bonne constitution, exposition prolongée dans un chemin public à un soleil ardent. Tout à coup, attaque d'apoplexie, hémiplégie gauche, pas ou peu de signes d'intelligence, pupilles immobiles, mâchoires serrées, salive s'écoulant de la commissure gauche des lèvres, décubitus sur le côté gauche, main portée vers la tempe droite. Mort le quatrième jour. — Méninges médiocrement injectées de sang; sur l'hémisphère droit, plusieurs circonvolutions proéminentes, larges et aplaties, d'un rouge bleuâtre pâle. Cette couleur s'étend dans toute la profondeur de la substance corticale, qui est peu consistante, et parsemée d'un grand nombre de points rouges. Substance médullaire d'un blanc laiteux, un peu molle, un peu friable, ponctuée de sang. Une partie du corps pituitaire est ramollie et tuméfiée. Artère carotide droite

(1) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 174.

(2) Aug. Millet, *Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 36.

contenant un caillot noir, assez adhérent, s'étendant jusqu'aux parties ramollies, où il est plus adhérent et plus noir ([1]).

CII[e] Obs. — Homme, trente-neuf ans, grêle, blond. Juin, excès en tous genres pendant une semaine. Immédiatement après, tristesse, délire, paralysie, spasme, contracture et insensibilité dans le côté droit du corps; mouvements tumultueux et irréguliers dans les membres gauches; fièvre, urines involontaires, déglutition impossible, embarras de la respiration, coma. Mort le huitième jour. — Vaisseaux méningiens gorgés. Exsudation de gouttelettes de sang sur la dure-mère. Masse cérébrale volumineuse. Circonvolutions larges et comme renflées, adhérentes à la pie-mère, qui est mince et injectée. Substance corticale des lobes antérieur et moyen gauches violacée, très vasculaire; elle est ramollie et diffluente, et convertie en une bouillie couleur lie de vin ou analogue à celle des fraises écrasées. Corps strié gauche rouge et mou. Hémisphère droit moins malade que le gauche ([2]).

CIII[e] Obs. — Femme, quarante-deux ans, aliénée depuis dix ans. — Injection de la pie-mère; la couche corticale s'enlève par plaques avec les membranes; elle est ramollie, injectée; la portion profonde est d'une couleur jaunâtre. Cerveau mou en général ([3]).

CIV[e] Obs. — Homme, quarante-trois ans, peintre en bâtiments. Depuis deux ans, imbécillité, amnésie. L'année dernière, symptômes de méningite, qui reparaissent il y a deux mois. Douleur de tête et vers la racine du nez, avec odeur continuelle de pourriture. Faiblesse des jambes, bon appétit, lipothymies. 17 novembre, perte de connaissance, mouvements convulsifs, respiration bruyante. Roideur des membres, grincements des dents. Sensibilité intacte des membres supérieurs. Pouls fort et peu fréquent. 18, convulsions générales. 19, bras droit presque immobile; le gauche alternativement roide et en convulsions. Mâchoires serrées. Mort. — Méninges adhérentes en plusieurs points à la substance corticale ramollie, dont une couche s'enlève avec elles. Substance médullaire un peu injectée. Muqueuse gastrique rouge ([4]).

CV[e] Obs. — Homme, dans la vigueur de l'âge; anciens maux de tête, fièvre, coma ou phrénésie. Il reste une hémiplégie gauche. La maladie se reproduit au printemps, et cette attaque de phrénésie cause la mort. — Sinus de la dure-mère et veines cérébrales gorgés

([1]) Hasse, *Uber die Verschliessung, etc.* (*Archives*, 1847, 4[e] série, t. XIV, p. 218.)

([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 166.

([3]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 262.

([4]) Blache, dans Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 85.

de sang noir. Hémisphère droit brun livide, substance corticale imbibée d'une matière sanieuse brune ([1]).

CVI[e] Obs. — Femme aliénée, stupide, récemment reçue à la Salpétrière, ayant des eschares au sacrum, des phlyctènes aux membres; elle succombe le 25 mai. — Nécropsie faite quarante heures après la mort, pas d'apparence de putréfaction; peau de l'abdomen non verdâtre. Le crâne ouvert, le cerveau exhale une odeur de gangrène. Au niveau des circonvolutions qui entourent la scissure de Sylvius, la couche corticale, ramollie, pulpeuse, offre une couleur verte, très nettement caractérisée. Cette altération se prolonge sur la convexité et sur la base du cerveau. On la retrouve sur la face supérieure du cervelet. Aspect normal de la substance blanche ([2]).

CVII[e] Obs. — Femme, quarante-six ans; depuis deux ans, attaques de trois ou quatre minutes de durée, consistant en perte de connaissance; mouvements convulsifs des lèvres, embarras de la langue et suspension de la sensibilité. Après l'attaque, pendant une heure, sorte d'engourdissement. Cessation des règles. Chute avec contusion dans la région lombaire, où deux phlegmons se forment. Suppuration prolongée par un trajet fistuleux; puis maux de tête, douleurs et faiblesse dans le bras gauche. Intellect engourdi. Parole difficile. Étourdissements. Néanmoins, cette femme peut continuer les fonctions d'infirmière à l'hôpital Saint-Louis. Érysipèle à la face, mort le troisième jour. — Légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne à la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère. En cet endroit, la substance grise, dans l'étendue de trois circonvolutions, est d'un rouge jaunâtre, avec une infinité de petits points rouges; sa couche superficielle est en bouillie. Sa couche profonde, fortement injectée, est de consistance ordinaire ([3]).

CVIII[e] Obs. — Homme, cinquante ans, robuste. Coma, face rouge, injectée; lèvres violettes, paupières fermées et paralysées, pupilles contractées, immobiles; pouls lent, petit, dur; respiration lente, stertoreuse; membres paralysés, en état de résolution; sensations nulles. Mort le lendemain de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu. — Méninges injectées, un peu épaissies; ramollissement de la substance corticale en bouillie grisâtre, sans congestion sanguine en quelques points, mais, en d'autres, substance sanieuse et putrilage parsemé de gouttes de sang ([4]).

([1]) Boucher, *Ancien Journal*, 1777, t. XLVII, p. 151.
([2]) Marcé (service de Baillarger), *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1856, p. 148.
([3]) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 88.
([4]) Bricheteau, *Journal complémentaire*, 1818, t. I, p. 303.

CIX^e Obs. — Femme, cinquante-un ans, cancer utérin. Perte de connaissance sans symptômes précurseurs; abolition complète du sentiment et du mouvement à droite; pas de rigidité. Coma profond, insensibilité, résolution générales. Mort au bout de quarante heures. — Rougeur, tuméfaction, ramollissement superficiel des circonvolutions de l'hémisphère gauche. Adhérences de la pie-mère. Au fond de plusieurs anfractuosités, plaques formées par un pointillé violet, presque noir (apoplexie capillaire); quelques plaques semblables sur l'hémisphère droit (1).

CX^e Obs. — Homme, cinquante-huit ans, sec et brun; parfois malaise. 12 novembre, frisson violent, fièvre, anxiété. 19, vomissements, céphalalgie légère, anorexie, un peu de diarrhée, quelques phénomènes de bronchite. 20 et 21, roideur et diminution de la sensibilité bornées au bras droit, réponses brusques et brèves, morosité; pas de délire. Langue naturelle, déviée à droite. 22, divagations; les deux mains occupées à ramener le drap. Légère résistance du bras droit quand on veut le fléchir. Ce bras est insensible. Mort le 23. — Sinus de la dure-mère remplis de sang. Le lobe moyen droit présente presque entièrement, dans la substance corticale, un point ramolli, assez bien circonscrit, de plusieurs lignes de diamètre, d'où suintent quelques gouttes d'une matière demi-concrète, d'un blanc-jaunâtre et offrant toutes les apparences du pus. Il sort aussi deux ou trois grains d'une matière jaunâtre, consistante, formée par du pus concret. Une once de sérosité dans chaque ventricule; le reste de l'encéphale est sain; légère injection des méninges rachidiennes; quelques traces de pneumonie, abcès hépatiques. Rougeur de la muqueuse gastrique (2).

CXI^e Obs. — Ancien magistrat; à cinquante-cinq ans, hypochondrie, monomanie; à soixante-deux ans, congestions répétées, démence, embarras de la parole, mouvements volontaires lents et pénibles, affaissement, malpropreté; à soixante-trois ans, mort par une attaque de choléra. — Vaisseaux cérébraux roides, cassants, encroûtés de matière terreuse. Sur le lobe postérieur droit, dans une anfractuosité, plaque jaunâtre résistante et concrétion pseudo-membraneuse couleur de rouille; quelques petites taches noires à la surface du lobe moyen droit. Sur la face inférieure de l'hémisphère gauche, plaque jaunâtre analogue. Ces plaques ont une structure celluleuse, sont fermes et denses, contenant des globules sanguins altérés, des granules. M. Calmeil y a trouvé aussi de la cholestérine (3).

(1) Durand-Fardel, *Archives*, 3e série, 1839, t. IV, p. 166.
(2) V. de Lagarde (clinique de Laennec), *Revue médicale*, 1826, t. III, p. 201
(3) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 85.

CXII[e] Obs. — Homme, soixante-neuf ans ; pneumonie et péricardite. Tout à coup, coma, hémiplégie gauche, complète du mouvement, incomplète du sentiment. Resserrement des mâchoires. Tête fléchie et tournée à droite, pupilles dilatées. — A la superficie de l'hémisphère gauche du cerveau, circonvolutions rouges ou jaunâtres, tuméfiées et ramollies (1).

CXIII[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans, symptômes de maladie organique du cœur. Parfois, accidents cérébraux, exaltation, délire, roideur et spasmes des membres. Ces symptômes avaient cédé chaque fois. Retour du même état en janvier. Intellect altéré, divagations, agitation, hallucinations, mouvements spasmodiques des avant-bras et de la face, tremblement général. Mort le douzième jour. — Infiltration sous-arachnoïdienne abondante. Ramollissement de couleur rose, avec teinte de jaune d'ocre, inégalement répandue sur les circonvolutions du lobe postérieur gauche du cerveau, lesquelles adhèrent à la pie-mère, qui en entraîne une couche. Sur le lobe antérieur du même hémisphère, plusieurs anfractuosités offrent une sorte de membrane jaune, épaisse, sans adhérence avec la pie-mère. Ce tissu jaune remplace la couche corticale; il recouvre deux petites cavités pleines d'un fluide comme lactescent, à parois très denses, grisâtres, vasculaires, entourées de substance médullaire légèrement ramollie. Sur les lobes postérieur et moyen droits, deux ramollissements circonscrits, superficiels, de couleur rose, avec teinte jaune en deux points. Sérosité dans les ventricules latéraux. Intégrité des parties profondes de l'encéphale, fermeté et injection de la substance médullaire. Hypertrophie du cœur (2).

CXIV[e] Obs. — Femme, soixante-dix-sept ans, robuste; maux de tête fréquents. Janvier, perte de connaissance, face colorée, pouls plein. Deuxième jour, sans perte de connaissance, paralysie du bras gauche, qui est encore sensible. Pupilles un peu dilatées, douleur à la partie antérieure gauche de la tête. Langue sèche et noirâtre; évacuations involontaires, pouls fréquent, régulier, assez dur. Affaissement intellectuel; toutefois, réponses justes, sens conservés. Respiration suspirieuse. Cinquième jour, prostration extrême des forces, face décomposée, pouls encore fort. Mort le septième jour. — Veines de l'hémisphère droit très injectées. Adhérence des méninges au cerveau, dont une couche est enlevée avec elles dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres. Le ramollissement de la substance

(1) Mascarel, *Bulletin de la Société anatomique*, 1840, p. 138.
(2) Durand-Fardel, *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*, 1840, n° 261, p. 107.

corticale s'étend peu dans la substance blanche, mais celle-ci est plus rouge qu'à l'ordinaire (¹).

CXVe Obs. — Femme, quatre-vingts ans; pneumonie. 21 mars, stupeur, décubitus dorsal; faiblesse du bras droit, avec conservation de la sensibilité. Pupilles un peu dilatées. Troisième jour, résolution et insensibilité à droite. Mort. — Ramollissement rougeâtre superficiel peu étendu de deux circonvolutions de la partie interne de l'hémisphère gauche; injection très vive et teinte rose foncée de toute la surface médullaire voisine, avec peu de diminution de la consistance. Au côté externe du corps strié se trouve un très petit foyer hémorrhagique (comme un noyau de cerise) contenant un caillot noir, un peu mou. En outre, le corps strié semble criblé par de nombreuses lacunes qui ne sont autre chose que les orifices des vaisseaux divisés, très dilatés et vides (²).

CXVIe Obs. — Femme, quatre-vingts ans. 18 mars, pas de fièvre, pas de céphalalgie. 20, délire, loquacité, tête chaude, face rouge, langue sèche; pas de lésion du mouvement ni de la sensibilité. Mort le 23. — Sérosité limpide dans l'arachnoïde, dont le feuillet viscéral est opaque. Pie-mère infiltrée de sérosité et injectée. Elle entraîne de petites plaques de substance corticale sur l'hémisphère gauche; là, le tissu cérébral est rougeâtre et mou. Substance médullaire saine. Beaucoup de sérosité dans les ventricules (³).

Résumé des observations d'encéphalite affectant principalement la substance corticale.

I. Les 25 observations qui précèdent ont été fournies par 7 hommes et 17 femmes. Le sexe n'a pas été noté à l'égard d'un jeune enfant.

II. Les âges sont très variés.

2 enfants avaient l'un 1 an, l'autre 22 mois.
2 jeunes sujets avaient l'un 15, l'autre 17 ans.
2 autres individus avaient l'un 21 et l'autre 25 ans.

5	—	—	de 31 à 40 ans.
4	—	—	de 41 à 50 —
2	—	—	de 51 à 60 —
2	—	—	de 61 à 70 —
3	—	—	de 71 à 80 —

(¹) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 48.
(²) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 23.
(³) *Idem, ibidem*, p. 109.

L'âge n'est pas spécifié pour deux individus, qui appartenaient à la période moyenne de la vie.

III. Six sujets avaient déjà un dérangement mental (manie, démence, monomanie, hypochondrie); un autre avait une tristesse profonde ; deux avaient éprouvé de grands chagrins.

IV. La menstruation, chez trois femmes, avait été irrégulière, insuffisante ou nulle, ou excessive. Une quatrième, nourrice depuis cinq mois, était sujette à un flux hémorrhoïdal abondant et avait beaucoup fatigué (XCVII).

Une femme faisait abus des boissons alcooliques (XCXIX).

Une autre avait eu la tête exposée à l'ardeur du soleil pendant plusieurs heures (CI).

Un jeune enfant avait éprouvé un traumatisme très grave de l'un des membres inférieurs (XCIII).

V. Un état de malaise a *précédé* l'encéphalite chez quelques sujets; c'était une céphalalgie opiniâtre, augmentant par la chaleur, ou des indices de congestion, ou quelques aberrations dans les idées, l'affaiblissement de la vue ou de quelques membres, ou des hallucinations (CV), ou enfin des spasmes suivis d'insensibilité ou d'engourdissement (CVII).

VI. La maladie a *débuté* quelquefois d'une manière brusque par la perte de connaissance et un état apoplectique (CI, CXIV), ou par un frisson, auquel succédait une fièvre intense (CX).

VII. Les *symptômes* ont offert les modifications suivantes :

La *céphalalgie* a été parfois très vive (XCVI, XCIX); d'autres fois, absolument nulle (XCV, CXVI). Elle n'a été bien marquée que six fois. Elle était deux fois latérale.

VIII. L'intelligence est restée rarement intacte (XCIX); elle a presque toujours été troublée, enrayée dans ses actes (XCVI, CVI, CVII, CXI, CXIV); souvent, le *délire* a éclaté dès les premiers jours (XCVII, CII, CVI, CX, CXIII, CXVI). Il a même été furieux (XCV, CV). Le malade poussait des cris (XCVI, XCVII); il était agité (XCV, XCVIII), et ne pouvait dormir. Dans quelques cas, il y a eu des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat (XCVII, CIV).

Plusieurs fois, les malades ont perdu connaissance (CIV,

CIX, CXIV), ou ils ont eu des étourdissements (CIV). Ils ont été plongés dans la stupeur, le *coma* (XCVI, C, CVIII, CIX, CXII, CXV). Ce symptôme a succédé au délire et à l'agitation (XCVII).

IX. La parole a été parfois assez libre (XCV, XCVI), brève et brusque (CX). Il y a eu de la loquacité dans un cas qu'il ne sera pas inutile de rappeler plus loin (CXVI); mais la parole a été plusieurs fois embarrassée et très difficile (C, CVII, CXI). Un individu a présenté les symptômes évidents de la paralysie générale, avec les divagations qui l'accompagnent ordinairement (XCIX).

X. La perte des sens a été rare (XCVI), les yeux ont été ouverts, fixes et même brillants, ou éteints et fermés. Dans les huit ou neuf cas où l'état des pupilles est signalé, elles ont été aussi souvent dilatées (XCV, CXII, CXIV, CXV) que contractées (XCIV, XCVII, C, CVIII).

XI. La motilité a offert des lésions variées. Il y a eu des mouvements tumultueux (XCVII), *convulsifs* (CIV), des convulsions (XCII), des tremblements (CXIII), des grincements de dents (C, CIV), du trismus (XCVII, C, CI, CIV, CXII).

XII. Dans quelques cas, les mouvements étaient lents, pénibles (CXI), les jambes faibles, la marche chancelante (CIV). Il y a eu *paralysie* du bras droit (CIV, CX, CXV) ou du bras gauche (CVII, CXIV), ou d'un bras et d'un côté de la face (C); ou l'hémiplégie a été complète à droite (CIX) ou à gauche (XCIX, CI, CII, CXII), ou tous les membres étaient immobiles et dans un état de résolution (CVIII).

XIII. On a noté une rigidité générale, ou une *contracture* partielle (CIV, CX), ou encore, paralysie et immobilité à un bras, roideur ou convulsions à l'autre (CIX).

XIV. La sensibilité a été conservée des deux côtés, même du côté privé du mouvement (C, CIV, CXIV, CXV); d'autres fois, elle était obtuse dans les membres paralysés (CIX, CX, CXII). Les lésions du sentiment et du mouvement ont été un peu plus fréquentes à droite qu'à gauche.

XV. L'état du pouls a peu varié; très rarement lent (CVIII), il a été plus souvent fréquent.

XVI. La respiration a été accélérée, stertoreuse, suspirieuse.

XVII. Il n'y a eu de vomissements que deux fois (XCIV, CX). La langue a quelquefois été sèche, et la déglutition difficile.

XVIII. La maladie a été ordinairement continue ; elle a offert des exacerbations. Son cours a été plusieurs fois rapide, et la mort a eu lieu dans les trois premiers jours (XCIII, CIV, CVIII, CIX, CXV) ; elle est survenue le quatrième (CI), le cinquième (CXVI), le septième (CXIV), le huitième (CII), le dixième (XCVII), le onzième (XCV, C, CX), le douzième (CXIII), le quartorzième jour (XCIV). La maladie a pu aussi durer plusieurs mois (XCVI) ou plusieurs années (XCIX).

XIX. Les *altérations* constatées après la mort ont offert d'abord, comme dans les séries précédentes, l'injection des vaisseaux encéphaliques, spécialement des méninges ; toutefois, sans vestiges d'inflammation. Ainsi, dans le plus grand nombre des cas, il n'y avait ni épaississement, ni exsudats, ni même infiltration ; mais assez souvent, la pie-mère, accolée sur la substance corticale, en emportait des plaques plus ou moins étendues.

XX. Cette substance a été le siége d'altérations, dont voici les modes principaux :

1° La couleur est devenue rouge ou rosée ; parfois, avec une teinte un peu jaunâtre ou violacée, ou lie de vin, ou rouge foncé, ou elle a été comparée à celle des fraises récemment écrasées (CII). Cette coloration est uniforme ou partielle, par plaques ou avec pointillé.

2° Des circonvolutions peuvent en même temps paraître volumineuses, tuméfiées (CI, CII, CIX, CXII).

3° Un ramollissement plus ou moins prononcé s'est emparé de la substance corticale, et a pénétré jusqu'à différents degrés de profondeur. De là, le plus ou moins d'épaisseur des couches que les méninges enlèvent en se détachant de la surface phlegmasiée (XCV, XCVII, XCIX, CII, CIII, CIV, CVII, CIX, CXII, CXIV, CXV). Ordinairement, ce ramollissement est

étendu à une large surface; quelquefois, il est assez circonscrit (cx, cxv). Quand il est superficiel, ce ne sont que de simples lamelles qui suivent la pie-mère; mais quand il est profond, ce sont des lambeaux épais et larges qui se détachent et laissent à nu une surface rouge, saignante, mamelonnée, très vasculaire; enfin, quelquefois, la substance corticale est convertie en une bouillie rougeâtre ou grisâtre (cviii).

4° Cette substance peut fournir une matière ayant l'aspect du pus (cx).

5° Elle peut offrir des érosions à sa surface, petites ou larges, et mettant à nu son propre tissu, comme tatoué, mais conservant sa consistance ordinaire (xcvii, xcviii).

6° On l'a vue se recouvrir en quelques points, et surtout dans les anfractuosités, d'espèces de concrétions pseudomembraneuses, ayant une couleur de rouille, offrant une certaine résistance, contenant des globules sanguins altérés et des granules (cxi).

7° On a encore noté des cas dans lesquels la substance corticale était extrêmement amincie et atrophiée (xcix, cxiii); elle paraissait transformée en une membrane jaunâtre. Chez un sujet, elle recouvrait des petites cavités à parois denses, contenant un liquide lactescent (cxiii).

8° Une autre altération assez remarquable s'est présentée avec des apparences qui ont pu faire soupçonner la gangrène du tissu enflammé; ces apparences ont été d'abord une couleur grise foncée, ardoisée, bleuâtre, ou verdâtre ou noirâtre (xciii, xciv, xcvi); mais le tissu même ainsi coloré était ferme, et laissait suinter des vaisseaux divisés un sang à peu près normal. D'autres fois, avec la teinte ardoisée, verdâtre ou noirâtre, on voyait exsuder une matière sanieuse (cv), ou la substance corticale était convertie en un putrilage grisâtre (cviii), ou elle exhalait une véritable odeur de gangrène, bien que le sujet ne donnât aucun indice de putréfaction (cv, cvi).

XXI. La substance corticale a quelquefois été affectée

sur les deux hémisphères; d'autres fois, plus particulièrement, sur l'un d'eux, et à peu près aussi souvent d'un côté que de l'autre. Il n'a pas été inutile de noter avec soin le côté affecté. Il en est résulté les deux remarques suivantes :

1° Deux fois la lésion encéphalique s'est trouvée du même côté que la paralysie (cx, cxii).

2° Dans un cas, la lésion affectait la surface de l'hémisphère gauche, et la parole était demeurée libre; le sujet avait même été très loquace (cxvi).

XXII. Dans l'encéphalite, affectant principalement la substance corticale, la substance médullaire a paru, en général, saine, plus ou moins injectée et assez consistante. Les ventricules ont quelquefois contenu de la sérosité (xcii, xciv, cx). Deux fois, la partie grise des corps striés était rougeâtre, violacée (xcvii, cii). Le cervelet a aussi présenté une coloration analogue à sa surface (xcvii, xcix).

XXIII. Chez un sujet, les vaisseaux cérébraux étaient roides, cassants, encroûtés de matière calcaire (cx). Chez un autre, l'artère carotide droite contenait un caillot noirâtre et adhérent, s'étendant jusqu'aux parties ramollies de la substance corticale (ci).

Je ferai remarquer que l'auteur de cette dernière observation, M. Hasse, regarde l'obstruction artérielle comme la cause du ramollissement cérébral. Mais il s'agit d'une femme dont la tête avait été longtemps exposée aux rayons du soleil, qui tomba immédiatement malade, et mourut le quatrième jour. Les circonvolutions étaient moins consistantes qu'à l'ordinaire; mais en même temps très injectées, rouges, larges et aplaties. Je trouve là des indices évidents d'inflammation, et je pense que la coagulation du sang dans la carotide interne en fut une coïncidence, si elle n'avait pas été un effet de la congestion très forte et soudaine que durent subir simultanément tous les vaisseaux de l'encéphale.

La même remarque pourra s'appliquer à divers autres faits dans lesquels a été mentionnée une circonstance analogue.

4e SECTION. — ENCÉPHALITE SIÉGEANT DANS LES LOBES MOYENS DU CERVEAU.

Cette localisation est assez fréquente; les faits se placent sous trois divisions.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Encéphalite siégeant dans les lobes moyens du cerveau, avec tuméfaction ou induration des parties affectées.*

CXVIIe Obs. — Femme, soixante ans. Fin de septembre, attaque apoplectique, avec paralysie partielle du côté droit. Le 8 octobre, deuxième attaque sans perte de connaissance, forte pulsation dans tout le corps, hémiplégie droite, coma, dysphagie. Mort le 26 décembre. — Adhérences des méninges; substance du lobe moyen gauche, près de la surface, très ferme et d'une couleur rouge, avec développement notable des vaisseaux circonvoisins. Au dessous, autre noyau de phlegmasie, mais avec ramollissement. Hémisphère droit sain. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux (1).

CXVIIIe Obs. — Femme, soixante-dix ans; hémiplégie à droite depuis quatre ans. 9 décembre, perte incomplète de connaissance, perte de la parole, paralysie, roideur, insensibilité du bras gauche. Joue gauche soulevée par l'air expiré. Amélioration pendant quelques jours. Mort le quatorzième. — A la partie moyenne de l'hémisphère gauche, induration enveloppant une petite cavité vide. Sur l'hémisphère droit, une circonvolution présente un pointillé d'un rouge-brunâtre, très serré, avec augmentation de densité, et légère tuméfaction de la substance cérébrale. Pas de point ramolli (2).

CXIXe Obs. — Adulte, ayant une légère aberration mentale. Perte de connaissance, engourdissement des membres, assoupissement, pouls naturel. Deuxième jour, état apoplectique de plus en plus prononcé. Face un peu colorée, respiration haute, pouls plein, facile à déprimer; dysphagie. Troisième jour, bouche ouverte, yeux fixes, stertor, mouvements spasmodiques des mâchoires. Quatrième, coma. Mort. — Pas d'épanchement sanguin ni séreux. Tuméfaction du lobe gauche du cerveau (3).

(1) Hay, dans Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 112.

(2) Dechambre, *Gazette médicale*, 1838, p. 310.

(3) Coutanceau, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1802, no 115, p. 39.

Deuxième série. — *Encéphalite des lobes moyens, avec ramollissement des parties affectées.*

CXX^e Obs. — Enfant mâle, né le 6 juillet, mort le lendemain, avec œdème des nouveaux-nés et dans un calme profond. — Substance cérébrale de couleur et de consistance normales à l'hémisphère droit. Dans tout le lobe moyen gauche, matière cérébrale molle, diffluente, de couleur rosée ou violacée, mêlée d'une infinité de points rouges. Couche corticale ferme; le ramollissement est limité en dedans par la couche optique et le corps strié, demeurés consistants; des vaisseaux très développés pénètrent dans les parties ramollies [1].

CXXI^e Obs. — Fille, seize ans, non menstruée; céphalalgie, accès de fièvre quotidiens. 27 juin, stupeur, assoupissement, mouvements pénibles et difficiles. Parole embarrassée, main portée à la tempe gauche. Paralysie et sensibilité obtuse des membres droits. Pas de déviation de la bouche ni de la langue; vue intacte, pupilles un peu dilatées, contractiles; ouïe conservée. Intellect très lent à concevoir, et à exprimer les réponses, qui sont peu intelligibles. Vomissements, pouls régulier, 120. 3 juillet, à toute question, la malade répond *la, la, la.* Accès épileptique pendant une saignée. 4, abattement; pas de réponses, pas de contracture. Vers le 10, amélioration successive, rétablissement du mouvement des membres droits, intelligence parfaite, réponses faciles; abcès vers la marge de l'anus. Plus tard, fièvre intense, œdème de la face et des membres, dyspnée; indices d'épanchement séreux dans les plèvres et le péricarde. Mort le 3 août, sans que les symptômes cérébraux se soient reproduits. — Arachnoïde injectée, pie-mère infiltrée de sérosité. Hémisphère droit sain. Substance corticale du gauche injectée, un peu rosée, de consistance normale. A la partie antérieure du lobe moyen, au niveau de la scissure de Sylvius, la substance blanche est ramollie et d'un gris-jaunâtre. Ce ramollissement occupe un espace d'un pouce et demi dans tous les sens; au centre, on y trouve un peu de sérosité citrine. Le tissu cérébral environnant est sain. Une cuillerée et demie de sérosité dans chaque ventricule. Moelle saine. Hydrothorax et hydropéricarde [2].

CXXII^e Obs. — Fille, vingt ans, convalescente de rougeole. 25 août, quatre heures du matin, cri, perte de connaissance, face allongée, yeux caves, réponses nulles. On ne peut voir la langue;

[1] Valleix, *Maladies des Enfants,* 1838, p. 594.

[2] Duplay (service de Rostan), *Journal hebdomadaire,* 1836, t. III, p. 199.

pouls 85, résistant; pas de déviation de la bouche, yeux fermés; les paupières droites se laissent facilement écarter; celles du côté gauche se contractent fortement. Membres droits privés de mouvement, souples et flasques. Insensibilité du bras droit; quand on pince la jambe droite, c'est la jambe gauche qui se meut. Sensibilité conservée au côté gauche. Dans la nuit, fortes convulsions du côté paralysé. Mort vingt-quatre heures après l'invasion. — Quelques gouttes de sang sur la dure-mère, principalement le long des sinus. Pie-mère très injectée sur l'hémisphère gauche, dont la substance est fortement sablée de points rouges, mais consistante, ainsi que le corps strié et la couche optique. En dehors de ceux-ci, sous le plancher du ventricule gauche, se trouve dans la substance blanche un ramollissement du volume d'une noix, de couleur rosée et non diffluente. Aucune altération dans l'hémisphère droit, ni dans le cervelet. Poumons œdémateux; traces de gastro-entérite ([1]).

CXXIII[e] Obs. — Jeune homme; céphalée opiniâtre, commissure droite des lèvres relevée, difficulté d'articuler, langue peu mobile. Fièvre continue grave, qui récidive deux fois; coma profond, mort. — Rigidité du corps. Sang noir et liquide dans le sinus longitudinal supérieur. Hémisphère droit transformé, à son centre, en une matière pultacée diffluente, d'un blanc-jaunâtre, ressemblant à du miel. Ce ramollissement, très étendu, est entouré d'un tissu cérébral induré, qu'on ne peut écraser entre les doigts. Hémisphère gauche consistant ([2]).

CXXIV[e] Obs. — Homme, vingt-six ans, pléthorique. Depuis deux ans, céphalalgie et vertiges. 12 avril, étourdissements, vertiges, embarras de la parole, paralysie de la jambe droite. Quelques jours après, céphalalgie, vomissement, hoquet; parole pénible et lente, mémoire affaiblie. Après quelques semaines, amélioration, mais persistance de la céphalalgie au côté droit de la tête ou à l'occiput, ou à la tempe gauche; des vomissements, devenus fréquents, sont le symptôme dominant; parfois, engourdissement du bras droit, faiblesse des membres. Station chancelante. 27 octobre, convulsions, mort. — Dans le lobe moyen gauche, au niveau du ventricule, ramollissement complet dans l'étendue d'un pouce et demi. Les parties voisines sont extrêmement vasculaires. Protubérance annulaire saine, mais moins ferme qu'à l'ordinaire ([3]).

CXXV[e] Obs. — Marin, trente-cinq ans, rhumatisme, chute. Luxa-

([1]) Schedel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1828, n° 73, p. 7.
([2]) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 112.
([3]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 124.

tion coxo-fémorale, carie de l'articulation. Toux, légère expectoration. Novembre, perte de l'usage du bras droit, puis de la jambe du même côté. Air stupide, sans lésion spéciale des sens, ni céphalalgie. Neuvième jour, stupeur plus grande, intelligence obtuse; paralysie du côté gauche. Douzième, coma, évacuations involontaires, pupilles très dilatées; pas de strabisme. Convulsions fréquentes des membres droits et contracture spasmodique de la lèvre supérieure. Mort le quatorzième jour. — Légère infiltration sous-arachnoïdienne sur chaque hémisphère et sur leur face plane. Séparation facile des méninges à gauche, excepté près de la ligne médiane, à cause de la mollesse du cerveau. Une incision à travers l'hémisphère gauche découvre une masse d'un brun rougeâtre, ayant trois quarts de pouce de diamètre, entourée d'une substance rouge, puis jaunâtre, avec des points rouges. Cette partie est très ramollie. Au devant se trouve un autre foyer de points rouges très rapprochés au centre et s'écartant à la circonférence. La couleur du cerveau est, autour de ces foyers, orange clair, passant peu à peu au blanc. Toute cette partie est très molle. La substance corticale voisine du ramollissement est pâle. Ventricule latéral gauche normal, si ce n'est une petite tache de sa paroi supérieure. Il contient, ainsi que le droit, un gros de sérosité. Nulle part du pus. L'examen microscopique des points malades montre beaucoup de globules rouges, des tubes nerveux brisés et de l'hématine. Poumons tuberculeux; péricarde distendu par quatre onces de sérosité. Phlébite de la veine fémorale profonde gauche. Abcès sous l'articulation, etc. (1).

CXXVIe Obs. — Homme, trente-six ans, intempérant, léger delirium tremens, quelques symptômes apoplectiques. 6 et 7 novembre, attaques épileptiformes, incohérence dans les idées. Troisième accès de convulsions suivi d'agitation; marche facile. Attaques répétées, perte de la parole, paralysie du côté droit, sans perte absolue de l'intelligence; coma. Mort le 19. — Lobe moyen gauche du cerveau de couleur rouge brune, pourpre, pénétrant dans toute sa substance, avec un peu de mollesse; épanchement liquide peu considérable à la base (2).

CXXVIIe Obs. — Femme, trente-six ans, mariée, sans enfants. Depuis trois ans, palpitations, essoufflement; bronchite. Règles insuffisantes; souvent hémoptysie, céphalalgie, dypsnée, toux sèche, pouls dur, œdème des bras; son mat du thorax des deux côtés, œgophonie à gauche, choc dur du cœur, etc. 15 janvier, tout à coup, perte de connaissance, hémiplégie gauche, dypsnée extrême.

(1) Thayer, *American Journal of med. Sciences*, 1851, July, p. 58.

(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 108.

Mort quatre heures après l'attaque apoplectique. — Engorgement des vaisseaux méningiens et cérébraux. Ramollissement de toute la partie saillante du lobe moyen droit. Substance corticale couleur rouge brunâtre. Substance blanche couleur rose clair. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur (¹).

CXXVIIIᵉ Obs. — Homme, trente-neuf ans, perruquier, puis marchand de vin; maigre, faible; syphilis guérie; affection herpétique, qui disparait pour reparaître; chagrins, céphalalgie, surdité de l'oreille gauche, sentiment de froid au dos. 28 avril, il ne répond pas; il semble avoir la langue paralysée; la surdité cesse à gauche, et se manifeste à droite. La nuit suivante, respiration bruyante; parole impossible, mais intelligence conservée; agitation, œil gauche à demi fermé, membres droits paralysés; coma, œil gauche fermé, bouche tirée à gauche; pouls grand, fort, rare; rétention d'urine, chaleur, sueur; le malade entend un peu et peut avaler. Le 30, stertor, écume à la bouche, insensibilité, immobilité, paroxysme; chaleur, sueur, cris. Mort le soir. — Vaisseaux de la dure-mère et sinus très engorgés; le longitudinal supérieur forme une saillie considérable, contenant du sang noir et coagulé. Surface de l'hémisphère gauche sèche; ses circonvolutions sont aplaties; ses vaisseaux très distendus. Au niveau du ventricule, ramollissement diffluent, et au centre, tache jaunâtre nuancée de rouge comme une ecchymose. Hémisphère droit peu injecté (²).

CXXIXᵉ Obs. — Laboureur, quarante ans, adonné à la boisson des spiritueux. A la fin de juillet, frissons, céphalalgie, malaise, perte de l'appétit, soif, peau chaude, urine rare et très colorée; pouls plein, dépressible, 80; selles régulières. 8 août, pupilles contractées, forte éruption à la peau. 9, délire. 11, stupeur et froid des extrémités; pouls 108, faible. 12, déviation momentanée de la bouche. 18, hoquet, peau froide, perte de connaissance, bouche déviée, bras droit paralysé, urine rendue sans conscience; pouls 98 et assez fort. 19, perte de la parole. 20, hémiplégie du côté droit complète; retour de la connaissance, mais non de la parole; l'éruption disparait; quelques contractions dans le bras droit. 22, peau froide, respiration embarrassée. 24, contracture du bras moindre; air d'intelligence, efforts pour montrer la langue. 28, parole nulle, cessation de la contracture du bras; somnolence. 30, insensibilité. 1ᵉʳ septembre, selles involontaires, frissons. 2, rigidité des membres. 3, mort. — Au milieu de la surface de l'hémisphère gauche, subs-

(¹) Tripier, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 26 juin 1829, 2ᵉ obs.

(²) Tonnelier, dans Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 397, — et Leroux, *Cours de Médecine pratique*, t. VIII, p. 202.

tance cérébrale d'une couleur rouge. En divisant cette partie, on voit la substance médullaire, jusqu'au voisinage du corps strié, ramollie dans l'étendue d'un petit œuf de poule. Ce ramollissement parvient jusqu'à la partie rouge de la surface. Le centre du ramollissement est pultacé, d'un jaune sale, et les parties environnantes ont une couleur rosée. On retire trois onces de sérosité des ventricules. Les parois de ces cavités sont saines, ainsi que les autres organes. L'examen microscopique des parties ramollies y montre des tubes cylindriques et variqueux rompus, dissociés, et de nombreux corps granuleux, agglomérés, opaques et de couleur brune, sans noyau; beaucoup de ces granules sont isolés et flottants, ils ont de 1/600 à 1/250e de millimètre de diamètre. Ils paraissent arrondis et transparents; blancs au centre, noirs sur les bords (1).

CXXXe Obs. — Homme, soixante ans; mars, violente céphalalgie, hémiplégie droite survenue insensiblement. Les membres affectés exécutent encore quelques légers mouvements. Il y a un fourmillement incommode. Face très rouge, bouche déviée à gauche, dents serrées, pouls petit, respiration facile. Mort le 13 avril. — Ramollissement jaunâtre, et apparence de suppuration de la partie centrale de l'hémisphère cérébral gauche (2).

CXXXIe Obs. — Homme, soixante-six ans, forte constitution, cou court, caractère violent; jadis, amateur de spiritueux; sobre actuellement. Il y a vingt-neuf ans, apoplexie avec paralysie à droite, et perte de la parole; guérison après quelques semaines. Il y a douze ans, seconde attaque d'hémiplégie du même côté, avec perte de la parole, et rétablissement au bout d'un mois. Il y a quatre ans, nouvelle attaque semblable, précédée de céphalalgie, durée pendant trois mois; perte de la parole pendant six jours; saccades convulsives dans la cuisse gauche précédant et accompagnant chaque attaque. 26 octobre dernier, après quatre étourdissements, hémiplégie à gauche. 5 novembre, joue gauche soulevée par l'air expiré; déviation de la commissure des lèvres à droite et en bas; langue dirigée du même côté, ne pouvant sortir de la bouche; sensibilité obtuse. Le malade balbutie, il paraît comprendre, il agite son bras droit, et fait des signes. Langue sèche, face pâle, pouls un peu fréquent, respiration parfois plaintive, évacuations involontaires, eschare au

(1) John Hughes Bennett, *Pathololological and histological Researches on inflammation of the nervous centres*. Edinburgh, 1843, p. 4. — Ces granules ne sont autre chose, d'après H. Bennett, que les globules inflammatoires de Gluge ou les globules d'exsudation de Henle, Vogel, Gerber. Bennett en distingue de deux sortes : les uns simplement agglomérés, les autres enfermés dans une enveloppe distincte.

(2) Larrat, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1831, nº 6, p. 28.

sacrum; phlyctènes livides au talon gauche, et à la main du même côté. 10, paupière supérieure gauche paralysée, agitation continuelle du bras droit, cris plaintifs, ouïe conservée, parole impossible, efforts inutiles pour tirer la langue, assoupissement, râle. Mort le 13. — Peu de sang dans les vaisseaux des parois du crâne. Développement marqué des granulations de Pacchioni. Cerveau ferme. Injection et infiltration séreuse sous l'arachnoïde, et dans les anfractuosités. Corps strié et couche optique gauches d'un volume très considérable, d'un tiers supérieur à celui des éminences droites. Quant à celle-ci, le corps strié est inégal, déprimé à sa surface par un sillon qui semble indiquer une cicatrice intérieure, mais il n'en existe réellement pas; la couche optique n'est remarquable que par son peu de développement. Dans le centre ovale droit, au dessus et en dehors du ventricule latéral, il y a mollesse et teinte jaunâtre; la couleur devient plus rosée, et le ramollissement plus sensible à mesure que l'on approche de la couche corticale, avec laquelle la substance médullaire se confond par les mêmes altérations. Moelle épinière à l'état normal. Rein droit atrophié et calculeux ([1]).

CXXXII° Obs. — Homme, soixante-huit ans, tempérament sanguin, symptômes de fièvre ataxique; sens affaiblis, délire sourd, hémiplégie gauche, avec rigidité des muscles; pouls et respiration à l'état normal. Le sixième jour, aggravation, état comateux, respiration stertoreuse. Mort. — Dans l'hémisphère droit, une portion de la substance médullaire est réduite en putrilage; la circonférence de cette espèce de foyer est rouge amaranthe, endurcie, enflammée. Deux onces de sérosité dans les ventricules ([2]).

CXXXIII° Obs. — Homme, soixante-neuf ans, ancien ulcère à une jambe; guéri, puis réouvert. Bourdonnements d'oreille, étourdissements, vomissements, diarrhée, selles involontaires, perte subite de l'intelligence, bouche et yeux déviés à gauche, paralysie des membres droits, avec conservation de la sensibilité, mais insensibilité de la conjonctive et de la pituitaire du côté droit; hoquet, agitation, chaleur, roideur du bras et de la jambe; paralysie. Mort le huitième jour. — Ramollissement des circonvolutions et de la substance médullaire du lobe moyen gauche, jusqu'au corps strié inclusivement. Ce corps et la substance corticale sont d'un rouge très vif. La substance cérébrale est très molle, comme feutrée, très injectée; un filet d'eau l'entraîne en lambeaux. Une partie de la substance corticale de l'hémisphère droit est ramollie et rosée.

([1]) Thouret (service de Rullier), *Journal hebdomadaire*, 1828, t. I, p. 439.
([2]) Dan de la Vauterie, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1807, n° 68, p. 14.

Substance médullaire très injectée. Carotide interne gauche remplie par un caillot rougeâtre, dense, friable, adhérent ([1]).

CXXXIV[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans, bronchite. Mars, malaise, inappétence. Tout à coup, perte de connaissance, chute, bras droit paralysé; sa sensibilité est émoussée, ainsi qu'à la jambe droite qui est paralysée à un moindre degré; stertor, lèvres soulevées par l'air expiré, yeux entr'ouverts, pupilles resserrées, pouls peu fréquent, dur, irrégulier. On ne peut faire tirer la langue. Pas de contracture. Deuxième jour, déglutition impossible. Mort vingt-quatre heures après l'attaque.— Veines de la tête et sinus très engorgés. Au centre de l'hémisphère gauche, ramollissement dans l'étendue de deux pouces et demi en longueur, près d'un pouce en épaisseur. Il est rosé, hortensia dans quelques points, blanc dans d'autres; il occupe toute la partie blanche qui recouvre le ventricule. Corps strié et couche optique de consistance normale. En dehors de la couche optique, petite caverne à parois jaune foncé, ne contenant ni sang, ni sérosité; c'est un ancien foyer apoplectique. Hémisphère droit consistant. Ossifications des artères cérébrales ([2]).

CXXXV[e] Obs. — Femme, soixante-dix-sept ans, paralysie du bras gauche, depuis quatre ans; marche et parole faciles. Depuis huit mois, affaiblissement intellectuel et physique. Actuellement, stupidité, paralysie et contracture du bras gauche, sans diminution de la sensibilité; roideur de la jambe gauche, perte de la parole. Mort au bout d'un mois et demi. — Dure-mère adhérente au crâne, qui est fort épais. Pie-mère très infiltrée de sérosité. A la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère droit, au dessous des circonvolutions, espace capable de contenir un œuf de poule, occupé par un tissu celluleux lâche, infiltré d'un liquide blanchâtre. Parois blanches et molles. Derrière ce ramollissement, au fond de trois anfractuosités, la substance corticale est jaune et ramollie. Sur une circonvolution, se trouve une petite cicatrice jaunâtre. Hémisphère gauche sain ([3]).

CXXXVI[e] Obs. — Femme, quatre-vingt-quatre ans. A la fin de décembre, étourdissement, céphalalgie, nausées. 31 janvier, perte subite de la parole; air de stupeur, puis hémiplégie droite. 3 février, commissure gauche des lèvres fortement relevée, la droite fume la pipe; œil droit constamment fermé, œil gauche alternativement ouvert et fermé. Membres droits absolument inertes; les gauches, mobiles; sensibilité persistante, plus faible à droite, où elle ne tarde

([1]) Ern. Boudet. (Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 109.)

([2]) Quesneville, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 396, p. 57.

([3]) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1839, p. 69.

pas à s'éteindre. Mort le 8. — Trois ou quatre circonvolutions du lobe moyen *droit*, réduites en une pulpe rougeâtre, tout autour de laquelle sont disséminées une foule de petites taches sanguines. Ce ramollissement, en pénétrant dans le centre ovale, prend des teintes jaune rougeâtre, jaune foncé, fauve, grise, et blanc sale (1).

CXXXVIIe Obs. — Femme, quatre-vingt-sept ans, forte constitution, gastrite chronique. 12 octobre, paralysie incomplète du sentiment et du mouvement du côté droit, agitation continuelle du bras gauche, pupille gauche dilatée et peu sensible, sons inarticulés; pouls un peu fréquent, mou; céphalalgie. 13, hémiplégie droite complète. 14, délire, selles et urines involontaires. Mort dans la nuit. — Injection des méninges. Sérosité abondante sous l'arachnoïde et dans les ventricules. Légère ecchymose dans une circonvolution du lobe moyen gauche. Ramollissement et infiltration sanguine de deux ou trois autres circonvolutions du même lobe, s'étendant jusqu'à la substance médullaire du centre ovale. Cœur volumineux (2).

CXXXVIIIe Obs. — Vieille femme, ayant eu, il y a trois mois, une attaque d'apoplexie, paralysie incomplète des deux membres droits; quelques mouvements peuvent être produits, la sensibilité n'y est pas éteinte. Assoupissement, parole lente. Mort. — Grande sugillation sur les téguments de la tempe gauche, sans qu'il y ait eu chute ni percussion. Hémisphère cérébral gauche sain. Hémisphère *droit* très injecté, vers son sommet et son milieu, dans l'espace de trois ou quatre travers de doigt; il y offre une couleur rouge mêlée de brun sale; et il est, en cet endroit, d'une mollesse non moins grande que si la substance cérébrale eût été pétrie avec force et rendue presque diffluente. Elle n'est pas fétide. Pas d'eau dans les ventricules. Concrétions polypiformes dans le cœur (3).

Troisième série. — *Encéphalite des lobes moyens du cerveau, se terminant par suppuration.*

CXXXIXe Obs. — Enfant mâle, cinq ans, convalescent de la rougeole. 3 mai, pouls vif, fréquent; chaleur, soif, somnolence, pupilles dilatées, céphalalgie; immobilité du membre supérieur gauche, qui est encore sensible; convulsions réitérées des muscles de la face et du membre supérieur droit, avec perte de connaissance, puis parole difficile; commissure droite des lèvres tirée, langue déviée à gauche, déglutition impossible, sorte d'horreur pour les liquides, affaiblisse-

(1) Dechambre, *Gazette médicale*, 1835, p. 555.
(2) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 76.
(3) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. LVII, n° 14.

ment, alternatives de mieux et de plus mal, perte de la parole, insensibilité, somnolence, froid général, convulsion des membres droits. Mort le 13. — Cerveau injecté; dans le lobe moyen droit, au point correspondant à la fosse temporale, abcès contenant trois onces de pus blanc, bien lié; environs du kyste fortement injectés. Çà et là, entre l'arachnoïde et la pie-mère, infiltration séreuse. Beaucoup de sérosité dans les ventricules et le canal rachidien. Quelques taches rouges dans la muqueuse gastro-intestinale (¹).

CXLᵉ Obs. — Garçon, huit ans et demi. 3 novembre, douleurs vives dans le bras gauche et dans la tête; vomissements bilieux, puis hémiplégie gauche, constipation, face sans expression, décubitus dorsal, réponses assez nettes aux questions; langue blanche couverte d'un enduit épais, difficilement tirée hors de la bouche; torpeur, visage congestionné, yeux à moitié ouverts, anesthésie et analgésie du côté gauche. Hémiplégie faciale prononcée du même côté que celle des membres. Pupilles dilatées, peu contractiles; cécité. Réponses assez justes et divagations. — Mort le 2 décembre. — Méninges peu injectées. Saillie arrondie à la surface du lobe cérébral gauche, fluctuante; c'est une réunion de trois abcès de la grosseur d'un petit œuf, séparés par une paroi dense, et en apparence vascularisée, contenant un pus verdâtre bien lié. Substance cérébrale ramollie, peu adhérente autour des foyers purulents. Épanchement de liquide dans les ventricules peu abondant. Pneumonie (²).

CXLIᵉ Obs. — Fille, onze ans, fièvre muqueuse. En septembre, délire, loquacité, langue tremblottante, déjections involontaires, respiration inégale; pouls concentré, petit, irrégulier. Au vingt-unième jour, somnolence, coma, dilatation des pupilles, perte de la parole; maintien de la vue, de l'ouïe, du toucher; selles liquides, involontaires; yeux abattus et chassieux. En octobre, pupilles inégales, stupeur, paralysie incomplète du côté droit, pas de roideur des membres, pas de déviation du visage, peau aride, pouls petit et fréquent; maigreur progressive. Mort le 6 novembre. — Dans l'hémisphère gauche, au devant et au dessus du corps strié, kyste sphéroïde de prés de deux pouces de diamètre, contenant un liquide purulent et rougeâtre, comme sanieux. Ses parois sont formées de deux feuillets membraneux; l'interne épais, fauve, rugueux, fragile, non organisé, ayant les caractères d'une pseudo-membrane; l'externe mince, diaphane, extensible et résistant. Substance cérébrale voisine, ramollie, permettant d'enlever le kyste en entier. Trois onces de sérosité limpide dans le ventricule gauche. Hémi-

(¹) Desruelles, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1824, p. 372.
(²) Gibert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, nº 256, p. 14.

sphère droit sain. Légère infiltration sanguine dans la protubérance annulaire. Muqueuse intestinale rosée ([1]).

CXLII[e] Obs. — Garçon marchand de vins, dix-sept ans, bonne constitution, un peu de maigreur, pas de renseignements. 2 janvier, céphalalgie frontale violente, désordre intellectuel grave, face pâle, pommettes rosées, sourcils froncés, cris, paroles incohérentes, peau sensible, chaleur normale, tache cérébrale assez nette, motilité conservée aux membres, pupilles dilatées, vue un peu faible, ouïe intacte; pouls régulier, lent, 52. Enduit blanc sur la langue, constipation, ventre déprimé, indolore. Même état jusqu'au 12. Alors, hémiplégie droite, bouche déviée à gauche; toutefois, les paupières droites se meuvent, et les gauches restent fermées. Néanmoins, le malade peut les ouvrir. Vue plus faible à droite; pas de strabisme. Sensibilité conservée; pouls irrégulier, vibrant, 60. 16, l'hémiplégie a diminué, ainsi que la céphalalgie; intellect toujours très obtus. ventre moins déprimé, pouls 64, appétit. On accorde la portion. Mort le 17, à quatre heures du matin. — Méninges injectées, saines. Lobe gauche du cerveau volumineux. A la jonction des deux tiers antérieurs avec le postérieur, abcès du volume d'un œuf de dinde, renfermé dans un kyste tapissé par une fausse membrane épaisse, vasculaire, et rouge à sa face interne. Le tissu environnant qui occupe tout le centre ovale jusqu'à la couche optique, est complètement ramolli. Le pus de l'abcès est bien lié, un peu coloré en noir par places et fétide. Tous les autres organes sont sains. Pas de tubercules ([2]).

CXLIII[e] Obs. — Homme, dix-huit ans. Pupilles presque immobiles, stupidité, pouls 48 à 50; abcès derrière l'oreille, coma, etc. — Abcès enkysté dans le lobe moyen gauche du cerveau. Le kyste est formé de trois couches; l'intérieure est constituée par un dépôt de lymphe puriforme; la moyenne est très vasculaire et rougeâtre; l'extérieure est très vasculaire et formée par la substance cérébrale. Cerveau ramolli autour de l'abcès ([3]).

CXLIV[e] Obs. — Homme, vingt ans; pâleur, céphalalgie, marche possible, pouls 84; soupirs fréquents, puis roulements de la tête sur l'oreiller, yeux tournés en haut, langue chargée. — Dure-mère injectée. Substance cérébrale non injectée. Ventricules un peu distendus par la sérosité. Lobe moyen droit désorganisé; il renferme un kyste contenant du pus jaunâtre, gris, épais ([4]).

([1]) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, t. I, p. 120.
([2]) Sanné (service de Trousseau), *Gazette des Hôpitaux*, 1866, p. 549.
([3]) Bright, *Reports of medical Cases*, t. II, p. 150.
([4]) *Idem, ibidem*, p. 149, case LXXIII.

CXLVe Obs. — Soldat, vingt-un ans, de forte constitution, de service par un temps très chaud, pris tout à coup de céphalalgie violente. Strabisme, élancements dans la région frontale, s'irradiant dans le reste du crâne; exacerbations, cris aigus, déviation de l'œil gauche en dedans, dilatation des pupilles, vue double, un peu confuse; pouls lent, 48, déprimé; chaleur normale. Aucune lésion de la sensibilité, ni de la motilité, ni de l'intellect, ni de l'ouïe; appétit, un vomissement, selles, urines normales. Troisième jour, mort soudaine en poussant des cris. — Dans le lobe moyen droit du cerveau, deux foyers isolés, l'un supérieur, l'autre inférieur, du volume d'une noix, contenant un pus blanc-verdâtre, inodore, homogène, crémeux; parois grisâtres, anfractueuses, formées par la substance médullaire ramollie. Ventricule latéral droit effacé, le gauche contenant de la sérosité (1).

CXLVIe Obs. — Matelot, vingt-un ans. A quatorze ans, chute sur la tête, et pendant un an, paralysie; puis bonne santé et aptitude au service. Septembre, depuis cinq jours, céphalalgie violente, accès de fièvre quotidienne vers midi. Sixième jour, toux fréquente et diarrhée. Septième, prostration complète, tête renversée en arrière, yeux fermés, pupilles contractées; lèvres couvertes de fuliginosités; léger enduit muqueux sur la langue; pouls lent. Le soir, perte de connaissance, pouls fréquent et développé; contractions des membres, dysphagie. Mort le huitième jour. — Injection notable des vaisseaux méningiens; pas de pus sous les méninges. A la partie antérieure du lobe moyen droit du cerveau, tumeur ovoïde de 6 centimètres d'avant en arrière, 5 de largeur et 4 de hauteur, adhérente à la partie correspondante du sphénoïde, où se trouve un peu de pus épais. Cette tumeur confine en arrière et en dedans au ventricule latéral; elle est facile à énucléer; sa surface externe présente un réseau sanguin très développé. Elle est remplie par un pus phlegmoneux et parfaitement lié. Son enveloppe est un véritable kyste, dont les parois sont dures et très épaisses, surtout au niveau de l'adhérence contractée avec la fosse sphénoïdale. Un peu de piqueté de la substance cérébrale autour de la tumeur; du reste, état à peu près normal des autres parties (2).

CXLVIIe Obs. — Militaire, vingt-quatre ans, brun, robuste. Air stupide, réponses presque nulles, yeux ouverts; mais possibilité de se lever et de marcher pour satisfaire aux divers besoins; face colorée, langue rouge; ventre un peu sensible à la pression; peau d'une chaleur âcre au toucher, pouls un peu fréquent et plein, appétit peu

(1) Gouzée, *Annales de la Soc. de Méd. d'Anvers.* (*Expérience*, 1843, t. XI, p. 304.)
(2) Delioux de Savignac, *Gazette médicale*, 1861, p. 200.

prononcé. Amélioration, mais stupidité, taciturnité; puis aggravation, fièvre, diarrhée, diminution de la sensibilité. Mort le trente-septième jour. — Un vaste abcès, rempli de pus verdâtre, gluant, inodore, occupe le centre de chaque hémisphère cérébral. Ces deux abcès, sans communication avec les ventricules, sont circonscrits chacun par un kyste blanc, facile à déchirer. Encéphale en général injecté. Hépatisation partielle du poumon. Foie énorme, contenant plusieurs collections d'un pus blanc, bien lié, analogue au pus phlegmoneux. Rougeur de la muqueuse gastro-intestinale [1].

CXLVIII^e Obs. — Soldat, excès de boisson le 4 septembre. 5, céphalalgie sourde, délire violent et continu, peu de fièvre. 6, prostration des forces, stupeur, aphonie, coma, roideur des extrémités, surtout du côté gauche; abdomen tendu; dyspnée, yeux larmoyants, immobiles, insensibles; pupilles dilatées, pouls petit, irrégulier; peau tantôt sèche, tantôt couverte de sueur visqueuse et froide; constipation. Trismus, convulsions. Mort le 11. — Dans l'hémisphère droit du cerveau, abcès du volume d'un œuf de poule, contenant de la matière purulente, visqueuse, fétide. Épanchement considérable de sérosité dans le ventricule gauche; un peu de sang coagulé dans le droit. Face concave du foie légèrement enflammée [2].

CXLIX^e Obs. — Jeune homme; odontalgie opiniâtre, yeux un peu rouges et gonflés, cou court. Extraction d'une dent sans résultat utile. Douleurs au front, et quelquefois à l'occiput; perte de connaissance. Le lendemain, faiblesse, tête pesante, assoupissement, syncopes, convulsions; pas d'atteinte à l'intelligence. Mort au bout de quelque temps. — A la partie supérieure et centrale de l'hémisphère droit, abcès de la grosseur d'un œuf rempli de pus blanc très fétide. Épanchement de sérosité dans le crâne [3].

CL^e Obs. — Soldat, vingt-six ans, robuste. 18 juin, fourmillements, engourdissement des doigts de la main gauche. 21, céphalalgie, mouvements convulsifs généraux. Picotements dans le côté gauche de la tête, de la poitrine, l'épaule, le bras et l'avant-bras du même côté. Tête penchée à gauche. Sensibilité exaltée dans ces diverses parties. 22, perte subite du mouvement dans le membre inférieur gauche. 23, céphalalgie, convulsions, hémiplégie gauche. 26, retour du mouvement, persistance de la céphalalgie. 1er juillet, seizième jour, marche possible. Vingtième, céphalalgie dissipée. Du trente-deuxième au trente-septième, convulsions violentes, réitérées.

[1] Broussais, *Phlegmasies chroniques*, t. II, p. 405.
[2] Kerckhoffs, *Journal universel*, 1821, t. XXI, p. 229.
[3] Olaus Borrichius, *Actes de Copenhague, collect. académiq.*, part. étr., t. VII, p. 367.

Quarantième jour, décubitus sur le côté droit, assoupissement. Cinquantième, mort, sans agitation. La veille, il y avait encore de l'appétit. Aucune lésion intellectuelle pendant cette maladie. — Crâne épais, sutures effacées. Vaisseaux cérébraux et méningiens très engorgés de sang. Vers la partie moyenne de l'hémisphère droit du cerveau, tumeur peu élevée, non résistante, contenant 3 onces de pus homogène, d'un blanc-jaunâtre, inodore. Les parois de cet abcès ont un fond jaune, parsemé de nombreuses granulations purpurines. Hémisphère gauche sain; son ventricule contient beaucoup de sérosité, non le ventricule droit ([1]).

CLI[e] Obs. — Homme, vingt-sept ans, scrofuleux; douleurs vives au sommet de la tête et dans la région pariétale droite. Insomnie, irritabilité générale; puis rigidité des fléchisseurs du membre supérieur gauche; mouvements convulsifs et soubresauts dans les tendons. A la roideur et aux spasmes succède la paralysie du côté gauche; enfin, perte du mouvement et de la sensibilité au côté droit. Intellect obtus, tendance de la tête à se porter en arrière. Mort après une longue agonie. — Vaisseaux de la tête très gorgés de sang noir et poisseux. Hémisphère droit volumineux, occupé, dans sa région moyenne, par un vaste foyer de forme ovalaire, limité en dehors par la substance corticale, à peu près saine; en dedans et en bas, par la substance blanche condensée. La matière contenue est liquide, inodore, de couleur et de consistance crémeuse, comme le pus phlegmoneux. La paroi interne est lisse en certains points, inégale, villeuse et molle en d'autres ([2])

CLII[e] Obs. — Homme, vingt-neuf ans, symptômes d'affection typhoïde; convalescence. Céphalalgie, bégaiement, paroles incohérentes; pouls 72, plein, puis 52, 42. Vomissements, délire calme, assoupissement, bouche tirée à gauche. Inspirations profondes, paralysie des membres droits; urines rares, sanglantes; selles involontaires. Pupilles contractées; quelques mouvements spasmodiques, pouls très fréquent, petit; collapsus. Mort le 21 mai, vingt-deuxième jour de la maladie. — Pas de traces de méningite à la surface du cerveau. Dans le lobe moyen gauche, au dessus du centre ovale, abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon, pus épais, jaune-verdâtre, entouré d'une fausse membrane très vasculaire. Substance cérébrale ramollie du côté du ventricule, qui renferme aussi du pus. Épendyme injecté, plancher du ventricule ramolli, contenant, dans son épaisseur, plusieurs foyers inflammatoires, avec ramollissement rouge et forte vascularité, mais sans infiltration purulente. Septum

([1]) Valdy, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1810, t. VI, p. 250.

([2]) Lemasson, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. V, p. 432.

ramolli, en partie détruit; ventricule droit plein de pus; ses parois sont injectées, non ramollies à leur surface; moelle épinière normale, très consistante en bas et en arrière. Dans le poumon gauche, plusieurs foyers apoplectiques. Tuméfaction des glandes du duodénum ([1]).

CLIII° Obs. — Homme, trente ans; céphalalgie atroce, assoupissement prolongé; guérison par les émissions sanguines. Deux ans après, retour de la céphalalgie, fièvre modérée, pouls plein et vibrant, et au bout de quelques mois, le malade, étendu sur le dos, ayant les yeux à demi-fermés, ne répondant pas et portant les mains vers la tête sans la toucher, paraissait l'indiquer comme le siége de la douleur. Yeux rouges et tristes; parfois, cris; d'autres fois, envie de sortir du lit et marche précipitée; jamais de vomissements ni de délire. A la fin de la maladie, stupidité, tête penchée d'un côté, yeux fermés, perte de la parole; les deux mains toujours appliquées à la tête; respiration suspirieuse, profonde; abolition de tout sentiment. Mort dans un état apoplectique. — Large abcès dans l'hémisphère gauche contenant, indépendamment du pus, une matière pultacée, comme caséeuse, de couleur cendrée ([2]).

CLIV° Obs. — Homme, trente-trois ans, tempérament sanguin, grêle, abusant du vin et du tabac; douleurs vers le côté gauche de la tête et vers l'occiput; douleur et faiblesse du côté gauche du cou. fièvre intense, puis moindre; pouls rare et faible, délire non continu, aphonie, immobilité. Mort le quatorzième jour. — Dans la base de l'hémisphère droit, abcès considérable, qui avait perforé le corps strié; le pus s'était épanché dans le ventricule latéral et même avait flué vers la base du crâne ([3]).

CLV° Obs. — Scieur de long, trente-six ans; premiers dérangements le 25 mars, sans perte de connaissance. 3 avril, décubitus dorsal. Deuxième attaque le 5. Face rouge, turgescente, sans déviation des traits; paupières demi-closes, pupilles très resserrées, respiration lente, stertoreuse; peau chaude, pouls lent, 52; résolution complète des muscles; de temps en temps, mouvements convulsifs violents. Perte complète de connaissance et de la sensibilité; cependant, une forte excitation produit quelques mouvements. Le 7, légers signes d'intelligence. Le soir, pouls fréquent, respiration accélérée, soubresauts des tendons. Mort dans la nuit. — Lobe moyen gauche du cerveau de couleur violacée, contenant un pus

([1]) Lebert, *Anatomie pathologique*, in-folio, t. II, p. 32.
([2]) J. P. Frank, *Interpretationes clinicæ*, p. 154.
([3]) Valsalva, dans Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. V, n° 2.

épais, jaune-verdâtre, d'odeur nauséeuse, infecte; globules de pus mélangés à des globules de sang déformés. Il existe deux abcès superposés, ayant chacun le volume d'une noix et séparés par une cloison dirigée parallèlement à la grande scissure. Leur surface interne est rouge, sombre, tomenteuse ([1]).

CLVI[e] Obs. — Soldat, trente-huit ans, grand, brun, maigre. Depuis six mois, douleur profonde dans le côté gauche de la tête, augmentant la nuit; tristesse, affaiblissement de la mémoire. Janvier, air de souffrance, sourcils froncés, pupilles inégalement resserrées. Marche chancelante; langue rouge à la pointe, anorexie; circulation et respiration normales. Engourdissement croissant des facultés intellectuelles; mouvements spasmodiques du bras droit, qui vient s'appliquer contre le thorax; perte de l'ouïe à gauche. Somnolence; Réveil d'un air effaré, réponses justes. Convulsions du bras gauche, sans contracture. Coma profond, rétention d'urine, selles involontaires, hoquet répété, peau chaude, pouls fréquent, intermittent. Spasmes violents; ni paralysie ni dilatation des pupilles. Mort le vingtième jour de l'entrée à l'hôpital. — Vaisseaux des méninges et du cerveau injectés. Arachnoïde sèche et luisante, opaque sur le mésocéphale et le bulbe rachidien; la pie-mère y est infiltrée de sérosité lactescente. Ramollissement du nerf auditif gauche. Sérosité rougeâtre dans les ventricules, dont la surface interne est granuleuse. Ramollissement du septum et du trigone. Deux abcès superposés dans l'hémisphère gauche, contenant un liquide floconneux, verdâtre, collant. Le supérieur offre une fausse membrane mince, organisée, adhérente. L'inférieur est renfermé dans un kyste épais, très vasculaire, tomenteux en dedans, d'une apparence fibreuse en dehors, de la grosseur d'une petite orange, contenant deux onces et demie de pus. Substance cérébrale environnante molle, de couleurs variées, jaune, vert, rouge. La cloison qui sépare les deux abcès est très résistante. Muqueuse gastrique légèrement phlogosée ([2]).

CLVII[e] Obs. — Homme, tempérament mélancolique, bien portant jusqu'à quarante ans. Alors, préoccupations, morosité, attaque épileptique, vive sensibilité et irritabilité du membre supérieur gauche, portées au point que l'impression de l'air frais sur ces parties et sur la tête renouvelle les mouvements convulsifs. Cet état dure quatre ans. Douleur obtuse, gravative sur la région pariétale droite, revenant par intervalles et par accès irréguliers. Pendant la dernière année, à plusieurs reprises, flux hémorrhoïdal sans soulagement. —

([1]) Tripier, *Gazette médicale de Lyon*, 1864, p. 413.

([2]) Fallot, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1825, p. 229. *Journal complémentaire*, 1830, t. XXXVI, p. 291.

A la partie du cerveau où avait siégé la douleur, c'est à dire à la région moyenne et supérieure de l'hémisphère droit, induration presque squirrheuse de la substance corticale et de la substance médullaire voisine, et au dessous, abcès du volume d'un œuf de poule, rempli de matière jaune, granuleuse, molle, muqueuse; au fond de la cavité se trouve une substance d'un rouge livide, très vasculaire (¹).

CLVIII^e Obs. — Capitaine, quarante-deux ans, lymphatico-sanguin; émotion morale très vive; stupeur, paralysie du côté gauche de la face, déviation des traits à droite. Mutité; quand on demande à voir la langue la bouche s'ouvre, mais la langue ne sort pas. Paralysie des membres droits. Pouls plein, large, dur, lent. Peau peu chaude, respiration bruyante, rétention d'urine. Délire provoqué, selon l'observateur, par la strychnine; colite, par l'effet des drastiques. Amélioration sous l'influence des antisyphilitiques. Nouvelle impression morale pénible; à l'instant, perte de la parole, immobilité générale, abolition de tous les sens, élévation et dureté du pouls, respiration stertoreuse. Mort le troisième jour de cette rechute, et le quatre-vingt-dixième à dater de l'invasion. — Un peu de sérosité trouble dans le ventricule latéral droit. Hémisphère gauche ramolli et affaissé dans sa partie moyenne, où se trouvent plusieurs foyers purulents, communiquant entre eux, ayant des parois grisâtres, inégales, enduites d'une bouillie purulente; ces parois sont plutôt affaissées que distendues, comme si le pus avait été en partie résorbé. Petite tache jaune ecchymosée vers le bas-fond de l'estomac (²).

CLIX^e Obs. — Homme, quarante-trois ans, fort; il habitait l'Australie il y a quatre ans; il eut ce qu'on appelle *un coup-d'air* sur l'œil gauche. Il éprouva des douleurs névralgiques sur tout le côté gauche de la tête et de la face, persistant pendant trois ou quatre jours, et revenant par intervalles. Il y a trois ans, il eut des symptômes de polype dans le nez. On essaya l'extraction; il y avait un écoulement muqueux par les narines. Il y a deux ans, chute de voiture. 20 janvier, sensation étrange, comme un éclair dans la tête, et comme si on était soulevé de dessus la terre. Le malade ne comprend pas ce qu'on lui dit, et il est incapable de parler. Bientôt, il va mieux, et peut même décrire ce qu'il a éprouvé; mais, peu d'instants après, il tombe dans un état d'insensibilité et en convulsions pendant quelques minutes; puis il se trouve mieux; mais l'attaque se reproduit comme la première fois pour cesser, et le lendemain,

(¹) Joseph Baader, *Observationes medicæ incisionibus cadaverum anatomicis illustratæ*. Friburg in Brisgaw, 1762. (Sandifort, *Thesaurus dissertationum, etc.*, t. III, p. 28.)

(²) Broussais, *Phlegmasies chroniques*, t. II, p. 400.

il n'y paraissait plus. Le cinquième jour, il survient une céphalalgie intense et des symptômes pareils à ceux du troisième jour. La connaissance se rétablit le sixième; la tête est douloureuse au côté droit; les mains la pressent, ou elle s'appuie fortement sur l'oreiller pour obtenir quelque soulagement. Pouls 80, avec intermittences. Pas de battement des carotides, peau froide, tête chaude, pupilles resserrées; pas de lésion de la sensibilité ou de la motilité; légères nausées, pas de vomissement. La douleur s'étend de l'occiput à la nuque. Pouls variable, quelquefois 50; très léger délire. Mort le jour suivant. — Dans la partie postérieure du lobe cérébral moyen droit, un abcès récent, du volume d'une petite orange, a envahi jusqu'à la substance grise, mais sans atteindre la surface. Le pus est verdâtre, non fétide; il n'y a pas de kyste; les parois sont molles et vasculaires. Dans les ventricules existe une petite quantité de matière purulente, mais il n'y a pas de communication entre ces cavités et l'abcès. La base du crâne est ramollie sur la selle turcique, avec exsudation inflammatoire récente. L'ethmoïde n'est point carié (1).

CLX^e Obs. — Femme, quarante-cinq ans; attaque d'apoplexie, hémiplégie droite. Longtemps après, mouvements des membres très lents, sans contracture; parole très difficile; puis coma, pupille droite resserrée, déglutition gênée, pouls dur et lent, aphonie. Après une amélioration momentanée, coma, et mort. — Vaisseaux de la pie-mère très injectés, sérosité dans les ventricules. Au dessous du centre ovale gauche, kyste bien organisé, du volume d'un œuf, qu'on peut détacher tout entier sans le rompre; il contient du pus verdâtre, très fétide. Ce kyste est formé de trois membranes, une extérieure, fine et celluleuse, à laquelle adhère la substance cérébrale; une moyenne, consistante, épaisse, se séparant facilement de la première; une interne, d'aspect velouté ou villeux, analogue à celui des membranes muqueuses (2)

CLXI^e Obs. — Femme, quarante-cinq ans, grasse, pléthorique. Étant ivre, elle reçoit un coup de poing sur le côté gauche du crâne. Pendant un mois, il n'en résulte aucun effet apparent, mais après ce temps, la mémoire se perd, et la tête devient douloureuse. Bouche déviée à gauche, langue à droite, idées confuses, ouïe dure, parole embarrassée. La malade ne trouve, après beaucoup d'hésitation et de tentatives, que les mots *chose* ou *machine*, qu'elle applique indistinctement à toutes les questions. Caractère acariâtre, brusque, emporté, violent. Pouls profond, très peu fréquent; hémiplégie

(1) Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 285.

(2) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. II, p. 40.

droite, avec conservation de la sensibilité. Enfin, tuméfaction rapide de la parotide gauche, stertor. Mort le 25 décembre, environ vingt jours après l'invasion des accidents, et cinquante après la percussion qui en avait été l'origine probable.— Infiltration purulente de la parotide; aucune trace de contusion, ni de fracture; abcès considérable près de la face inférieure du lobe moyen gauche du cerveau, anticipant un peu sur les lobes antérieur et postérieur, renfermé dans un kyste muqueux, organisé, entouré de substance cérébrale indurée, et plus loin, ramollie et très vasculaire. Les ventricules et les autres parties de l'encéphale sont restés dans l'état normal ([1]).

CLXII[e] Obs. — Homme, quarante-huit ans; percussion sur le sommet de la tête, éblouissement momentané. Quinze jours après, affaiblissement du bras droit. Cinquième jour, même état du membre inférieur du même côté; air de stupidité, incohérence des idées, diminution de la mémoire, pouls faible et concentré. Huitième jour, hémiplégie complète, avec rigidité et douleur. Quinzième jour, assoupissement, altération des traits, soif, chaleur de la peau, pouls faible et fréquent. Dix-huitième, perte de connaissance, déjections involontaires. Dix-neuvième, stertor, extrémités froides. Vingtième, mort. — A la partie moyenne et interne de l'hémisphère gauche, foyer purulent de quatre lignes de diamètre; parties environnantes d'un rouge sablé ([2]).

CLXIII[e] Obs. — Architecte, quarante-huit ans; goût pour la musique et le dessin; habitude prolongée de l'onanisme, somnambulisme. Après l'âge de quarante ans, commencement de démence, gêne de la prononciation. Insolation, congestion; puis délire intense; affaiblissement de la vue, surtout de l'œil droit; paralysie de la main du même côté, embarras plus grand de la parole. Plus tard, somnolence habituelle; intellect obtus, éclampsie, perte de la sensibilité, de la parole; dyspnée. Réveil momentané de l'intellect, loquacité; hémiplégie droite. Mort dans une attaque de convulsions. — Forte injection des vaisseaux méningiens et encéphaliques. Ramollissement considérable du lobe moyen gauche, avec teinte jaunâtre. Infiltration de pus verdâtre vers la substance corticale, et de petits grumeaux de sang jaunâtre ou couleur de rouille ([3]).

CLXIV[e] Obs. — Marin, cinquante ans, tombé mort en ramant. Il ne s'était pas plaint, et avait bu et mangé comme à l'ordinaire.— Sur les lobes moyens du cerveau, à l'endroit où ils sont en contact

([1]) Dance, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 181.

([2]) Ducrot, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1812, n° 106, p. 6.

([3]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 197.

avec la faux, qui est altérée, se trouve beaucoup de pus épais, grisâtre, dont une partie provenait d'une cavité de la substance cérébrale. Sérosité sur les circonvolutions et dans les ventricules latéraux ([1]).

CLXVe Obs. — Femme, cinquante-cinq ans, tempérament bilieux. Janvier, délire bruyant, agitation, loquacité, vociférations, insomnie, appétit, pouls concentré; céphalalgie peu vive, mais continue. En août, fièvre tierce, avec diminution des symptômes cérébraux, qui ensuite deviennent plus intenses. Mort le 17 octobre. — Méninges denses dans les fosses moyennes de la base du crâne. Ventricule droit contenant une once d'eau blanchâtre, et communiquant avec un foyer de suppuration situé dans le lobe moyen droit du cerveau, qui est compact et coloré. Transposition générale des viscères ([2]).

CLXVIe Obs. — Femme, cinquante-cinq ans, taille élevée, tempérament nerveux, non réglée depuis dix mois, tumeur hypogastrique, flux vaginal. Novembre, mouvements convulsifs, puis paralysie du membre supérieur droit, qui conserve sa sensibilité; affaiblissement de l'inférieur. Pendant la nuit, secousses convulsives de tout le côté droit, commissure gauche des lèvres tirée en haut et en dehors, pointe de la langue déviée à droite. La malade bégaie, et a une tendance à répéter les paroles de ceux qui l'interrogent. Côté droit de la face immobile. Décembre, intellect conservé, mais prononciation réduite aux mots *oui* et *non;* cris plaintifs. Mort en janvier. — Vaste abcès situé à la réunion des lobes antérieur et moyen gauches du cerveau. Pus mêlé de lambeaux de substance cérébrale, de franges minces et floconneuses. Cavité tapissée d'une fausse membrane mince, rougeâtre, organisée, pouvant se détacher; elle paraît infiltrée d'une matière albumineuse, que le lavage entraîne, ne laissant qu'un lacis cellulo-vasculaire. Substance cérébrale environnante blanche et ferme, mais parsemée de points rouges ([3]).

CLXVIIe Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, petit, pléthorique; perte d'argent, tristesse. Six semaines après, céphalalgie, sueurs abondantes, fièvre avec exacerbation le soir. Au bout de douze jours, en janvier, délire, loquacité, puis mussitation; main droite agitée de mouvements convulsifs, paralysie du sentiment et du mouvement des membres gauches, avec bras et avant-bras fléchis, appliqués contre la poitrine; déviation de la bouche à droite, pupille dilatée, insensibilité de tout le corps, respiration stertoreuse. Mort

([1]) Dickson, *London medical Repository.* (*Bibliothèque médicale,* 1825, t. VIII, p. 512.)
([2]) Bleynie, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1809, n° 51, p. 13.
([3]) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite,* p. 146.

neuf jours après l'apparition de la paralysie. — Crâne épais, adhérent à la dure-mère, qui laisse suinter beaucoup de sang. Méninges très injectées. Dans le lobe moyen droit, foyer contenant deux cuillerées de pus jaune verdâtre. La paroi inférieure est brune et ramollie. Parties voisines converties en putrilage, et pénétrées de pus (1).

CLXVIIIe Obs. — Homme, soixante-six ans, abus des spiritueux; ivresse le 12 avril. Au milieu de la nuit, réveil, cri, chute hors du lit; paralysie complète du mouvement dans tout le côté droit du corps, trouble de l'intelligence; parole inintelligible, quoique la langue conserve sa mobilité; évacuations involontaires. Le troisième jour, face animée, yeux ternes et chassieux, pupille droite dilatée et immobile à la lumière, bouche déviée à gauche, et langue à droite; croûte sèche et jaune brunâtre sur cet organe; pouls lent, plein; somnolence; sensibilité de la peau conservée, même du côté paralysé. Sixième jour, fièvre très forte. Septième, faiblesse des mouvements, odeur de souris. Dix-septième jour (noix vomique), roideur passagère des membres paralysés, aggravation. Mort le 8 juin, cinquante-troisième jour de la maladie. — Pie-mère infiltrée de sérosité sur les hémisphères. Dans le gauche, vaste foyer contenant une matière séro-purulente. Pas de traces de sang. Parois du foyer comme filandreuses. Restes de gastro-entérite (2).

CLXIXe Obs. — Femme, soixante-six ans. Il y a quatre ans, hémiplégie droite, sans perte de connaissance, diminuée, et n'ayant laissé qu'un peu de faiblesse. 18 avril, pneumonie. 20, embarras de la parole, subdelirium, bouche déviée à droite; pouls fort, fréquent. 21, hémiplégie gauche incomplète, avec diminution de la sensibilité. 2 mai, rétablissement de la sensibilité, et en grande partie de la motilité des membres gauches. La malade essaie de répondre. 10 mai, contracture du bras gauche, cris, agitation. Mort le 18, en pleine connaissance. — Feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissé en quelques points de la convexité et de la base, à droite et à gauche, par une lame mince de sang coagulé. Commencement d'ossification des artères de la base. Sur la face externe de l'hémisphère droit, à la limite des lobes moyen et postérieur, adhérence à la pie-mère, et ramollissement de couleur jaune grisâtre, formé par un mélange de pus, avec la substance cérébrale; il pénètre jusqu'au voisinage du ventricule latéral, et est traversé par beaucoup de vaisseaux injectés. Rien à l'hémisphère gauche ni au cervelet (3).

(1) Jacquemin, dans Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. I, p. 354.
(2) Thibert, dans Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. I, p. 406.
(3) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 116.

CLXX[e] Obs. — Homme, soixante-sept ans. Vomissements, céphalalgie; douleur dans une oreille, sans interruption des occupations ordinaires. Convulsions durant un quart d'heure, réitérées; coma, puis vomissements, et soulagement. Pendant deux semaines, pas d'autre symptôme que l'affaiblissement de la mémoire. Enfin, sentiment de pesanteur générale; nouvel accès convulsif, coma, et mort. — Dans le lobe moyen droit, abcès enkysté, du volume d'un œuf de poule. Arachnoïde légèrement épaissie (1).

CLXXI[e] Obs. — Femme, soixante-huit ans; chute sur la tête, perte de connaissance, assoupissement, convulsions du bras gauche, mouvements volontaires irréguliers, difficiles, puis impossibles; perte de la sensibilité, coma. Mort le cinquante-cinquième jour. — Abcès dans le lobe moyen droit du cerveau, commencement de membrane molle, floconneuse, épaisse, distincte de la substance cérébrale, mais pas assez résistante pour qu'on puisse l'en séparer. Cette substance environnante est extrêmement ramollie (2).

CLXXII[e] Obs. — Tailleur, soixante-dix ans, embonpoint considérable; attaque d'apoplexie. En novembre, paralysie droite, assoupissement, amélioration. En janvier suivant, chute pendant la nuit; augmentation de la paralysie, vomissement noirâtre, respiration très laborieuse, perte des facultés intellectuelles. Mort le sixième jour. — Dans l'hémisphère gauche, vaste abcès situé sur le ventricule, contenant un pus jaune brunâtre, inodore, mêlé de sérosité, de sang et de matière cérébrale. Épanchement séreux considérable dans les ventricules (3).

CLXXIII[e] Obs. — Homme, soixante-dix ans, robuste, symptômes de maladie du cœur. En été, faiblesse croissante des membres gauches; pas de céphalalgie, intellect sain, sens à l'état normal. L'hiver suivant, paralysie complète du mouvement des membres gauches, non de la sensibilité; fièvre, stupeur, assoupissement, mort.— Dans la partie inférieure du lobe moyen droit, plusieurs onces d'un liquide blanchâtre, puriforme, contenu dans une cavité, dont les parois enduites de pus condensé, sont molles, diffluentes, et très rouges en quelques points (4).

CLXXIV[e] Obs. — Homme, soixante-dix ans, affections morales tristes. 21 janvier, douleur frontale, stupeur, tête et bouche déviées à droite, yeux injectés, pupilles contractées; paralysie du mouve-

(1) Forster, *New-York med. Times*, 1853. (*Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 481.)
(2) Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. I, p. 414.
(3) Fréd. et Claud. Montain, *Traité de l'Apoplexie*. Paris, 1811, p. 66.
(4) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 109.

ment, et roideur des membres gauches; douleur si on veut les étendre, mais sensibilité des téguments diminuée. Réponses faites à voix basse, intelligence très affaiblie; constipation, urine rendue involontairement. Peau, pouls, respiration à l'état normal. 25, somnolence, face injectée, peau chaude. 27, idées confuses, pouls fréquent, respiration stertoreuse, pupilles contractées, tête renversée en arrière. 30, odeur urineuse; fièvre. 1er février, collapsus. Mort (onze jours). — Injection générale de l'encéphale, sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. En dehors de la couche optique droite, masse de consistance d'albumine coagulée, et de couleur jaune, présentant à l'intérieur une cavité capable de contenir une grosse aveline, tapissée par une membrane rougeâtre, très fragile. Cette masse, d'aspect celluleux et réticulé, infiltrée de pus concret, s'écrase facilement sous les doigts; en la râclant, on en exprime du pus. A la teinte jaune se mêle, en plusieurs endroits, du rouge, formé de petites infiltrations sanguines. Pas de ramollissement [1].

CLXXVe Obs. — Jardinier, soixante-quatorze ans, apoplexie. Peu de temps après, stupeur, immobilité, engourdissement général, parole nulle, ouïe obtuse, déviation de la bouche à gauche. Les membres gauches reprennent leur mouvement, les droits restent immobiles; prononciation bornée à quelques syllabes. — Sinus de la dure-mère gorgés de sang; ramollissement de la moitié postérieure de l'hémisphère gauche; dans le lobe moyen, collection d'un liquide séro-purulent, matière floconneuse et débris de vaisseaux rouges, tenant encore à la substance cérébrale. Au dessus de la couche optique correspondante, réseau de filaments blancs et rouges, entrecroisés en divers sens, et adhérents par une de leurs extrémités [2].

Résumé des observations d'encéphalite affectant principalement les lobes moyens du cerveau.

I. Les 59 observations d'encéphalite siégeant dans les lobes moyens du cerveau sont partagées en trois séries.

1°	Inflammation marquée par la tuméfaction ou l'induration de la substance cérébrale	...	3
2°	— avec ramollissement	...	19
3°	— avec production du pus	...	37
			59

(1) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 80.
(2) Lacrampe-Loustau, *Revue médicale*, 1824, t. 1, p. 425.

II. 42 malades appartenaient au sexe masculin et 17 seulement au sexe féminin. C'est l'inverse des deux sections précédentes, qui avaient offert une prédominence de ce dernier.

III. Voici ce qui concerne les *âges* :

1 sujet était âgé d'un jour.		
2 sujets avaient l'un 5 et l'autre 8 ans.		
6	—	de 11 à 20 ans.
10	—	de 21 à 30 —
9	—	de 31 à 40 —
7	—	de 41 à 50 —
5	—	de 51 à 60
11	—	de 61 à 70 —
3	—	de 71 à 80 —
2	—	l'un 84 et l'autre 87 ans.

Tous les âges figurent dans ce tableau. C'est surtout de 20 à 70 ans que l'on compte le plus de malades, et c'est spécialement de 21 à 50 ans que se trouvent le plus de cas d'encéphalite terminée par suppuration.

IV. La maladie a affecté souvent des individus robustes et jouissant d'un embonpoint plus qu'ordinaire. Elle s'est montrée, dans cette section, chez cinq militaires, deux marins, un laboureur, un jardinier, un scieur de long, etc.

V. Parmi les maladies qui ont disposé à cette encéphalite, je trouve sept exemples d'attaques apoplectiques plus ou moins anciennes, quelques cas de vésanies (CXXXV, CLXIII). On a noté encore la rougeole (CXXII, CXXXIX), la fièvre typhoïde (CLII), le rhumatisme (CXXV), les affections du cœur (CLXXIII). Un individu avait fait longtemps avant une chute, mais il avait joui depuis d'une très bonne santé (CXLVI).

VI. Les causes occasionnelles ont paru être des percussions récentes du crâne (CLXI, CLXII, CLXVIII, CLXXI), l'exposition à une chaleur très forte (CXLV), des excès de boissons alcooliques, ayant même déjà produit le delirium tremens (CXXVI, CXLVIII, CLIV, CLXI, CLXVIII), des émotions et préoccupations morales (CLVII, CLVIII, CLXVII, CLXXIV).

VII. Les malades avaient eu souvent des maux de tête anciens, des vertiges, des fourmillements, des engourdissements de quelques membres.

VIII. L'*invasion* a quelquefois été brusque, annoncée par la perte de connaissance (CXXII, CXXVII, CXXXIV), par une attaque convulsive (CLVII), par une violente céphalalgie (CXLV), accompagnant des accès de fièvre (CXLVI), ou par une sensation étrange, comme celle d'un éclair traversant la tête (CLIX). Assez souvent, l'encéphalite du lobe moyen a commencé d'une manière peu tranchée et incertaine, ou par des atteintes successives.

IX. Les *symptômes* se sont déroulés de la manière suivante :

La céphalalgie dans le cours de la maladie, a été fréquemment observée, surtout quand un abcès a dû se former. Elle a été constatée 11 fois pour la deuxième subdivision et 21 pour la troisième. Plusieurs fois, l'état mental du sujet n'a pas permis de constater l'existence de ce symptôme. La douleur a souvent été rapportée à l'une des régions temporales, et, ce qui est remarquable, pas toujours du côté où siégeait la phlegmasie (CLIV). La douleur s'est aussi fait sentir au front (CXLV, CXLIX, CLXXIV), au sommet du crâne (CLI), à l'occiput et à la nuque (CXLIX, CLIV, CLIX). Quand le malade ne pouvait parler, il indiquait instinctivement avec la main le siége de la souffrance, et parfois il s'efforçait de diminuer celle-ci en comprimant fortement les points les plus douloureux (CLIX).

X. L'intelligence a continué à s'exercer quelquefois ; plus souvent, son exercice paraissait empêché (19 fois). Il y a même eu, dans le cours de la maladie, perte de connaissance (7 fois). Le délire a été constaté 13 fois. Il a été, dans quelques cas, loquace, surtout dans les premiers jours de la maladie (CXLI, CLXV, CLXVII).

XI. La parole a été embarrassée (CXXIII, CXXIV, CXXXI, CXXXVII, CXXXIX, CXLI, CLII, CLX, CLXIII, CLXVI, CLXVIII, CLXIX), ou même à peu près nulle, réduite à quelques monosyllabes

(CXXI, CXXVIII, CXXIX, CXXXI, CXXXVI, CXLI, CLIII, CLVIII, CLIX, CLXI, CLXVI, CLXXV). La langue a semblé quelquefois peu mobile (CXXXI); mais ordinairement elle jouissait de la liberté de ses mouvements (CLXVIII, etc.).

XII. Il y a eu parfois de l'agitation, des cris, de l'insomnie (CXXVIII, CXLII, CXLV, CLI, CLIII, CLXV); plus souvent, de la stupeur, de la somnolence, un état comateux (chez 25 sujets).

XIII. Les sens étaient en même temps émoussés. Les pupilles ont été, tantôt dilatées (CXXI, CXXV, CXXXIX, CXLI, CXLII, CXLVIII, CLXVII), tantôt contractées (CXXIX, CXXXIV, CXLVI, CLII, CLV, CLVI, CLIX); plusieurs fois, une seule était dilatée (la droite, CLXVIII, ou la gauche, CXXXVII) ou resserrée (CLX), etc. Le strabisme n'a été observé qu'une fois (CXLV).

XIV. Les mouvements ont été, en général, lents, pénibles, difficiles. Mais il y a eu des convulsions générales (CXXI, CXXVI, CXLVIII, CXLIX, CL, CLIX, CLXIII, CLXX) ou partielles, affectant la face (CXXXIX), un membre, le bras droit (CXXXIX, CLVI, CLXVI, CLXVII) ou le bras gauche (CLVI, CLXXI), ou les membres supérieurs et inférieurs droits ou gauches (CXXII, CXXV, CXXXIX). On a observé aussi des mouvements convulsifs et des soubresauts de tendons (CLI, CLII, CLV).

XV. La paralysie du mouvement a été un symptôme plus fréquent. 23 fois, il y a eu hémiplégie du côté droit (CXXI, CXXII, CXXV, CXXVI, CXXVIII, CXXIX, CXXX, CXXXIII, CXXXIV, CXXXVI, CXXXVII, CXXXVIII, CXLI, CXLII, CLI, CLII, CLVIII, CLXI, CLXII, CLXIII, CLXVI, CLXVIII, CLXXV), et 11 fois du côté gauche (CXXVII, CXXXI, CXXXII, CXXXIX, CXL, CL, CLI, CLXVII, CLXIX, CLXXIII, CLXXIV). Dans un cas la paralysie a affecté successivement les deux côtés (CLI).

Elle est survenue quelquefois d'une manière subite; d'autres fois, d'une manière lente et progressive. Elle a généralement commencé par les membres supérieurs.

La face a souvent partagé la paralysie latérale des membres; mais, dans un cas, elle était située au côté opposé. Il y avait hémiplégie alterne, la paralysie affectant le côté gauche de la face et les membres droits (CLVIII). Chez un autre

sujet, l'hémiplégie étant du côté droit et la bouche déviée à gauche, les paupières droites étaient mobiles, les gauches fermées, mais elles pouvaient s'ouvrir (CXLII). La paralysie latérale des lèvres et des joues a permis à ces parties de se laisser distendre et soulever par l'air à chaque expiration (CXXXI, CXXXIV, CXXXVI, etc.). La langue s'est inclinée plus souvent du côté de la paralysie (CXXXIX, CLXVI, CLXVIII) que du côté sain (CXXXI).

XVI. Les membres étaient souvent dans la résolution; mais on a parfois observé un état de contracture à droite CXXXIII, CLXII) ou à gauche (CXXXII, CLI, CLXVII, CLXIX, CLXXIV). On a constaté la coïncidence de cet état avec la perte du mouvement; tandis qu'elle a été plus rare avec les convulsions (CLXVII). Dans un cas, on a vu les bras à la fois paralysés et roides, et la jambe du même côté roide sans être paralysée (CXXXV).

Le serrement des mâchoires n'a été vu que dans deux cas (CXXX, CXLVIII).

XVII. La sensibilité a quelquefois offert une vive surexcitation (CL, CLI, CLVII); ou elle s'est maintenue dans les membres paralysés (CXXXIII, CXXXIX, CXLII, CLXVI, CLXVIII, CLXXIII). Plus souvent, elle s'est montrée obtuse (CXXI, CXXII, CXXXI, CXXXIV, CXXXVI, CXXXVIII, CXXXIX, CLIII, CLIX, CLXVII, CLXIX). Il y a eu aussi, dans les membres paralysés, un fourmillement, un picotement incommodes (CXXX, CL).

XVIII. La fièvre a souvent signalé les premiers moments de l'encéphalite des lobes moyens; le pouls était fréquent; mais, dans plusieurs cas, il était normal ou même lent (CXXVIII, CXLII, CXLIII, CXLV, CXLVI, CLV, CLVIII, CLIX, CLX, CLXVIII).

XIX. La respiration a été gênée, stertoreuse, accompagnée de soupirs, de hoquet, etc.

XX. Il y a eu des vomissements dans sept cas (CXXI, CXXIV, CXXXIII, CXL, CXLV, CLXX, CLXXII). La déglutition a été plusieurs fois difficile ou impossible. Les évacuations ont été fréquemment involontaires. Dans trois cas, il y a eu rétention d'urines.

XXI. La peau était chaude ou froide, sèche ou couverte de sueurs (CXXVIII, CXLVIII). La tache appelée *méningitique* s'est produite avec facilité dans un cas (CXLII).

XXII. La *marche* de l'encéphalite des lobes moyens a offert d'assez grandes variétés. Elle a été foudroyante chez un marin, qui est mort en ramant (CLXIV). Elle n'a, dans quelques cas, duré que quelques heures (CXXII, CXXVII, CXXXIV).

La terminaison a eu lieu le troisième (CXXVIII, CXXXVII, CXLV), le quatrième (CXIX), le sixième (CXXXII, CXLVIII, CLXXII), le septième (CXXII), le huitième (CXXXIII, CXLVI), le neuvième (CXXXVI, CLXVII), le dixième (CXXXIX, CLXXIV), le douzième (CLV), le quatorzième (CXXV, CLIV), le quinzième (CXLII), le dix-huitième (CXXXI), le vingtième (CLVI, CLXI, CLXII), le vingt-deuxième (CLII), le vingt-neuvième (CXL), le trentième (CXXX, CLXIX), le trente-cinquième (CXXI, CXXIX), le quarante-cinquième (CXXXV), le cinquantième (CL), le cinquante-troisième (CLXVIII), le cinquante-cinquième jour (CLXXI); au bout deux mois (CLXVI) et de trois mois (CXLI, CLVIII).

La durée a été plus longue encore, la maladie ayant parcouru comme des stations successives (CL, CLVII, CLXV). On a vu une amélioration notable coïncider avec le développement d'un abcès à l'anus (CXXI), et, d'autre part, le flux hémorrhoïdal n'amener aucun soulagement (CLVII).

XXIII. Les *recherches cadavériques* ont montré, dans une courte série de faits, l'un des lobes moyens du cerveau rouge, tuméfié et même induré, ou du moins d'une certaine fermeté, avec un développement notable des vaisseaux qui s'y distribuent; mais les altérations les plus fréquentes sont relatives à un ramollissement de la substance cérébrale ou à une production de pus.

XXIV. Le ramollissement a affecté 13 fois le lobe moyen gauche, 9 fois le lobe moyen droit. La paralysie se trouvait du côté opposé, excepté dans deux cas, où l'hémiplégie et la lésion étaient à droite (CXXXVI, CXXXVIII). Le ramollissement avait lieu surtout dans la substance médullaire, dans le cen-

tre ovale de Vieussens; mais la substance corticale voisine était parfois injectée, rouge ou jaune et ramollie.

La couleur des parties affectées était rougeâtre, brune ou rosée, ou jaunâtre; parfois, avec des points rouges et comme ecchymotiques, ou des arborisations vasculaires. Le ramollissement s'est montré à des degrés variés; il était pultacé ou même diffluent. Dans quelques cas, il offrait l'aspect d'un tissu celluleux lâche, infiltré d'un fluide blanchâtre (CXXXV). Au centre du ramollissement, on a rencontré de la sérosité citrine (CXXI). La substance cérébrale environnante était rouge, rosée ou jaune, ou orangée, ponctuée, très vasculaire, molle ou indurée (CXXIII, CXXXII).

XXV. La troisième série comprend les faits dans lesquels la phlegmasie s'est terminée par suppuration. Les abcès des lobes moyens du cerveau se sont produits 18 fois dans le droit, 17 fois dans le gauche; 2 fois les deux lobes moyens étaient simultanément affectés (CXLVII, CLXIV).

Quelquefois, le pus a été comme infiltré dans la substance cérébrale ramollie et désorganisée (CLXIII, CLXIX, CLXXV). Il était mêlé de sérosité ou de petits grumeaux de sang (CLXVIII, CLXXII). Plus souvent, il était colligé et réuni en un abcès dont la forme était arrondie ou ovalaire, et dont le volume a été comparé à celui d'une noix (CXLV, CLV), d'un œuf de pigeon (CLII), d'un œuf de poule (CXLVIII, CXLIX, CLVII, CLX, CLXX), d'un œuf de dinde (CXLII), d'une orange (CLIX).

La situation de ces collections purulentes est dans la substance blanche du lobe moyen; quelquefois, en occupant la partie supérieure et ayant pour limites la substance corticale (CLI, CLIX); d'autres fois elles étaient placées du côté de la base (CLXXIII).

Généralement, un lobe moyen ne contient qu'un abcès; mais on en a trouvé deux superposés, séparés par une cloison de substance médullaire (CXLV, CLV, CLVI). On en a rencontré trois également distincts (CXL). Dans un autre cas, plusieurs foyers communiquaient entre eux (CLVIII). Le pus contenu dans les abcès du lobe moyen était en quantité

variable; il y en a eu jusqu'à 100 grammes (CL). Il était bien lié, épais, blanc ou jaune-verdâtre, ou jaune-brun; tantôt inodore (CL, CLI, CLIX), tantôt d'une odeur fétide (CXLII, CXLVIII, CXLIX, CLV, CLX). Les abcès ont aussi contenu une matière pultacée, comme caséeuse, grisâtre (CLIII) ou rougeâtre et d'apparence organique (CLVII).

L'abcès était souvent enkysté; le pus, contenu dans une membrane de nouvelle formation, généralement très vasculaire, mince ou épaisse, et parfois assez résistante pour pouvoir être détachée presque en entier des parties au sein desquelles la tumeur s'était formée, on a pu y distinguer deux ou trois membranes : une externe, en contact avec la substance cérébrale; une moyenne, plus ou moins consistante, rougeâtre et vasculaire, et l'interne molle, épaisse, veloutée ou rugueuse, fragile, mais parfois renforcée par un dépôt de matière puriforme concrétée (CXLIII, CXLIV, CLII, CLVI, CLX, CLXVI, CLXX).

L'abcès n'a plusieurs fois eu d'autres parois que la substance cérébrale elle-même, ramollie, grisâtre ou rouge, parsemée de granulations purpurines et parcourue de nombreux vaisseaux (CXLV, CL, CLI, CLV, CLVIII, CLIX, CLXXIII).

Le ramollissement des environs de l'abcès s'est étendu à une profondeur variable; mais il est demeuré distinct des ventricules. Dans un cas seulement, il y eut perforation du corps strié et pénétration du pus dans le ventricule (CLIV).

XXVI. Du reste, les ventricules ont été, dans quelques cas, pleins de sérosité; une fois avec l'épendyme injecté et les parois ventriculaires parsemées de foyers inflammatoires (CLII). On y a aussi trouvé du pus, mais sans communication avec l'abcès voisin (CLIX).

XXVII. Les artères cérébrales ont offert quelques altérations qu'il ne faut pas passer sous silence. Deux fois, elles ont présenté vers la base des points d'ossification (CXXXIV, CLXIX). Chez un sujet avancé en âge, on a trouvé la carotide interne du côté où siégeait le ramollissement obstruée par un caillot rougeâtre, dense, friable (CXXXIII). Quel rôle cette

thrombose avait-elle joué? Il est assez difficile de répondre catégoriquement; mais si le caillot artériel avait été l'agent premier du ramollissement, l'encéphale n'en portait pas moins des traces évidentes de phlegmasie.

5e SECTION. — ENCÉPHALITE AFFECTANT LES LOBES POSTÉRIEURS DU CERVEAU.

L'inflammation des lobes postérieurs du cerveau se présente sous deux aspects, avec ramollissement ou avec suppuration de la substance cérébrale.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Encéphalite des lobes postérieurs du cerveau, avec tendance au ramollissement.*

CLXXVIe OBS. — Jeune garçon, convalescent de variole, diarrhée, vomissements; tremblements et roideur des membres, surtout du côté droit. Au bout de trois semaines, 26 octobre, face rouge, pouls fréquent, langue sèche, mouvements continuels dans les membres droits et la face, bras droit contracté. 27, mêmes mouvements à gauche; simulacre de succion, avec projection de la langue; tête renversée en arrière, pouls fréquent. Le soir, mouvements convulsifs des yeux; agitation pendant la nuit, côté gauche contracté, résolution à droite, sueurs abondantes. Mort le 28. — Légère injection sous-arachnoïdienne. Substance cérébrale généralement sablée et ramollie. Lobe postérieur droit d'une mollesse diffluente. Parties médianes saines. Un peu d'infiltration séreuse à la base. Moelle ramollie à la région dorsale. Un peu de rougeur à l'iléon [1].

CLXXVIIe OBS. — Homme, soixante-dix ans, état apoplectique; paralysie incomplète du bras droit, sens obtus, mouvements faibles, sensibilité générale diminuée, surtout du côté droit, avec rigidité remarquable des fléchisseurs; somnolence ou agitation, disposition à pleurer ou à rire, conservation de la parole et de l'intelligence. Au bout de quelques jours, perte du mouvement, de la parole, de la sensibilité. Mort. — Substance médullaire en putrilage à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère gauche. Substance environnante rouge et rosée, brune en quelques points [2].

CLXXVIIIe OBS. — Femme, soixante-dix ans. 21 décembre, accès

[1] Guersent fils, Thèse de Payen *sur l'Encéphalite*. Paris, 1826, n° 21, p. 24.

[2] Das de la Vauterie, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1807, n° 68, p 15.

de fièvre, qui se répète sous le type tierce, pendant un mois. 2 février, chute; la tête et l'épigastre en reçoivent le choc. 10, paralysie du bras droit. 13, face grippée, pupilles dilatées, pouls faible, irrégulier; respiration lente, douleur épigastrique, inappétence, somnolence; réponses justes, tardives; mémoire confuse, rêves sinistres; décubitus à gauche, ou dorsal. 16, paralysie du membre inférieur droit, coma. 22, insensibilité générale, pupilles contractées. Mort le lendemain. — Plaques jaunâtres, irrégulières, à la face interne de la dure-mère, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Ramollissement des deux tiers postérieurs de l'hémisphère gauche du cerveau. La désorganisation est très prononcée vis à vis la fosse temporale interne. La couleur y est jaune, verdâtre, et analogue à celle d'un tissu en suppuration imminente. Hémisphère droit sain, ferme, injecté. Inflammation de l'estomac vers la grande courbure. Foie ramolli, verdâtre. Calculs dans la vésicule biliaire (¹).

CLXXIX^e Obs. — Homme, soixante-quatorze ans, asthmatique. Atteint depuis dix ans d'un tremblement lorsqu'il levait les bras, et les tenait tendus. Jamais d'excès, ni traitement mercuriel, ni intoxication saturnine. Dans les derniers jours, agitation, délire, mais ni contracture, ni paralysie, ni convulsions. — Tissu sous-arachnoïdien de la face inférieure des lobes postérieurs du cerveau très vasculaire. Apparence celluleuse d'un grand nombre de points de cette surface. Une circonvolution du lobe postérieur gauche est partagée en deux par ce tissu celluleux. La substance corticale n'y existe plus. Profondément, on trouve un ramollissement du volume d'une noix, offrant de dehors en dedans les nuances suivantes : blanc, rouge sablé, jaune et brunâtre (²).

CLXXX^e Obs. — Femme, soixante-quatorze ans. Depuis un an, pertes fréquentes de connaissance durant quelques minutes; démence. En mars, assoupissement, faiblesse. Le lendemain, coma, immobilité, résolution et insensibilité, stertor, pouls presque normal. Mort le quatrième jour. — La pie-mère enlève une couche superficielle des circonvolutions, qui sont ramollies, de couleur rosée, avec pointillé rouge. Circonvolutions du lobe postérieur gauche entièrement détruites, en bouillie jaunâtre; ce ramollissement traverse toute l'épaisseur du lobe jusqu'au voisinage du ventricule (³).

CLXXXI^e Obs. — Femme, quatre-vingts ans, maigre. 11 janvier, perte incomplète de connaissance, grande difficulté de parler, stu-

(¹) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 70.
(²) Secrétain, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 78, p. 14.
(³) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1839, p. 70.

peur, yeux brillants, regard vague, chaleur au front, mouvements désordonnés, agitation, fréquence du pouls, langue sèche. 14, somnolence, roideur du bras droit, face contractée à droite, paralysie de la joue gauche. 15, hémiplégie gauche, avec résolution musculaire, et diminution de la sensibilité. Mort le 17. — Ramollissement de la partie inférieure du lobe postérieur droit du cerveau, dans une étendue de 6 centimètres de largeur, et de 3 de profondeur. Substance cérébrale convertie en un détritus rosé ou rougeâtre. Méninges offrant une teinte rouge, uniforme sur le même point (1).

CLXXXII^e Obs. — Femme, quatre-vingt-trois ans; vives inquiétudes, accès de colère, forte excitation pendant plusieurs jours, puis abattement, silence, inappétence, insomnie. Ensuite, désordre intellectuel, besoins fréquents d'uriner, irascibilité, retour du sommeil, délire, engourdissement, fourmillements, contracture et paralysie du bras gauche; enfin, commencement de fourmillement et de contracture de la jambe du même côté. Mort le dix-huitième jour. — Lobe postérieur droit réduit en une bouillie jaunâtre et diffluente, qui pénètre à un pouce de profondeur et s'étend en dehors sur le lobe moyen. Substance corticale des deux hémisphères présentant en quelques points des marbrures rougeâtres (2).

CLXXXIII^e Obs. — Femme, quatre-vingt-trois ans. 16 février, céphalalgie, agitation, front chaud, yeux animés, délire, paroles incohérentes, sens conservés, pouls plein, large, 90. 20 février, assoupissement, tremblement des muscles du bas du visage, joues soulevées par l'air expiré; ni paralysie, ni contracture, pupilles resserrées, sensibilité conservée, pouls 90. Mort le quatrième jour. — Ramollissement de la substance médullaire du lobe postérieur gauche. Cette substance est blanche et en quelques points rosée. Plaques calcaires sur les principaux troncs des artères cérébrales (3).

Deuxième série. — *Encéphalite des lobes postérieurs du cerveau avec production de pus.*

CLXXXIV^e Obs. — Fille, cinq ans, convalescente de rougeole. Convulsions générales, rigidité des membres gauches, tandis que les droits offrent une grande agitation; céphalalgie du côté droit de la tête, bouche tirée à gauche, strabisme interne de l'œil droit, chaleur, soif, fièvre, côté gauche paralysé, côté droit agité. Cet état persiste cinq semaines. Grande irritabilité; ni stupeur, ni coma; pupilles

(1) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 114.
(2) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 65.
(3) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 113.

dilatées, cécité, pouls peu fréquent, appétit, grincements de dents, mouvements rapides des paupières; constipation. Une tumeur formée sur le crâne offre de la fluctuation; elle est ouverte et donne cinq ou six onces de pus; elle se reforme; les convulsions reparaissent; pouls extrêmement fréquent. Mort trois mois après le début de la maladie. — Péricrâne très adhérent au crâne du côté droit de la voûte. Sutures bien fermées. Dure-mère épaissie, très adhérente aux os et à la pie-mère du même côté. Hémisphère droit du cerveau soulevé. Circonvolutions moins distinctes et surface cérébrale plus polie qu'à l'ordinaire et assez ferme. Lobe postérieur droit rempli par un sac globuleux qui se sépare facilement de la substance environnante; ce sac très vasculaire, d'une texture serrée et très épais, contient environ quatre onces de pus. Il est distant d'un pouce du crâne et entouré de tous côtés de substance cérébrale, excepté dans une petite partie qui touche au ventricule droit. Il y a beaucoup d'eau dans les ventricules (1).

CLXXXVe OBS. — Homme, vingt ans. Depuis trois semaines, attaques épileptiformes, précédées de bruissement aux oreilles; fourmillements le long de l'épine dorsale, aux bras et aux jambes. Pendant deux heures, violents mouvements convulsifs avec perte de connaissance et écume à la bouche. Ces accès se reproduisent. Intellect intact, air égaré, yeux hagards, pesanteur de tête, suivie d'une céphalalgie intense du côté droit s'étendant à toute la tête, et durant toute la journée, pour se reproduire le lendemain à la même heure. Douleur retardée et un peu déplacée. Accès violent, cris continuels. Jamais de fièvre, ni de coma, ni de convulsions depuis quarante jours. Mort le 9 mai. — Crâne très dur. Dure-mère presque cartilagineuse. Sinus vides. Arachnoïde et pie-mère très injectées. Abcès considérable dans le lobe postérieur droit, du volume d'un œuf de poule, contenant deux onces d'un pus verdâtre, crémeux; les parois sont formées par la substance cérébrale ramollie (2).

CLXXXVIe OBS. — Matelot, vingt-deux ans, bonne constitution. Mars; depuis trois jours, frisson, céphalalgie assez intense, face rouge, pouls peu fréquent, langue blanche, constipation, soif, inappétence, insomnie, douleur à la base du thorax, symptômes de pleuro-pneumonie. Amélioration. Le septième jour, subdelirium, coma vigil, sans agitation, céphalalgie intense, articulation difficile des mots; la langue, couverte d'un enduit blanchâtre, ne sort qu'avec hésitation, mais sans se dévier; chaleur de la peau

(1) Bateman, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1805, t. I, p. 150.

(2) Sissa, *Gazetta medica lombarda*. (*Gazette médicale*, 1850, p. 810.)

modérée, pouls normal, gargouillement de la fosse iliaque droite. Huitième jour, somnolence, céphalalgie sus-orbitaire, langue sèche. Neuvième jour, coma, abolition de la sensibilité, conservation de la motilité, roideur tétanique du cou, pupilles resserrées, émission involontaire d'urine, odeur de souris, attouchements continuels des organes génitaux, constipation. Onzième jour, coma profond, insensibilité, résolution musculaire aux quatre membres alternant avec la contracture des membres supérieurs, trismus, roideur du cou, resserrement des pupilles, selles et urines involontaires, pouls petit et lent. Douzième jour, coma, insensibilité, résolution générale, pouls petit et très fréquent, peau chaude et moite, stertor, mort. — Pneumonie gauche en voie de résolution. Foie un peu développé; vésicule biliaire distendue. Pie-mère injectée. Sérosité brunâtre dans les ventricules latéraux et moyen. Dans chaque lobe postérieur du cerveau, un abcès enkysté à parois épaisses, résistantes, comme lardacées, contenant un pus épais, fétide, verdâtre; le gauche a cinq à six centimètres de diamètre. Couche optique et corps strié détruits. Couche optique droite occupée par l'autre abcès, ayant deux centimètres de diamètre. Pulpe cérébrale un peu ramollie. Cervelet sain. Pie-mère rachidienne injectée. Liquide sous-arachnoïdien assez abondant (1).

CLXXXVII^e Obs. — Policeman, vingt-trois ans. L'an dernier, pleurésie droite, adhérences, ouverture fistuleuse du thorax, etc. 23 mars, perte de connaissance, à trois reprises, mémoire affaiblie, idées confuses; céphalalgie, vomissement; pas de paralysie, sensibilité conservée. Mort le 28 avril. — Large abcès de la substance blanche du lobe postérieur gauche du cerveau, avec kyste très épais, parsemé de veines capillaires tortueuses, facile à séparer de la substance médullaire, qui est ramollie et d'un blanc opaque. Ce kyste est composé de trois membranes : l'externe celluleuse, la moyenne plus dense et transparente, formée de fibres fusiformes aplaties avec noyaux allongés; l'interne opaque, fragile, pyogénique. Il y a deux onces de pus concrété mucoïde et alcalin. L'abcès s'était fait jour dans le ventricule par la corne descendante. La surface du corps strié et de la couche optique du même côté est d'une couleur sombre et sans apparence d'inflammation (2).

CLXXXVIII^e Obs. — Matelot, vingt-cinq ans, fièvre intermittente, abcès du foie, abcès dans le poumon gauche. Le 21 février, convulsions subites, pendant lesquelles la langue est mordue; pupilles dilatées et fixes, respiration stertoreuse avec gonflement des joues

(1) Delioux, *Gazette médicale*, 1857, p. 611.

(2) Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 305.

à chaque expiration, urines involontaires, peau couverte de sueur, pouls 116, somnolence. 23, connaissance revenue, légère incohérence des idées sans délire, paroles inintelligibles, pas de paralysie. 3 mars, réponses assez correctes, mais prononcées avec hésitation; parfois, mémoire assez bonne, puis confusion des idées. 7, céphalalgie, vomissements, pouls 88. 14, trouble intellectuel plus grave, tremblement des mains. 16, parole nulle, coma, hémiplégie droite; pupilles dilatées, surtout la gauche; pouls faible, 60; respiration 28, entièrement thoracique, stertoreuse, suspirieuse; strabisme, paupières entr'ouvertes, conjonctive droite injectée, mouvement volontaire conservé au bras gauche. Mort le 19 mars, trente-six jours après l'apparition des symptômes cérébraux. — Abcès du lobe postérieur gauche du cerveau faisant saillie à travers la substance grise et contenant une once et demi de pus muqueux, non fétide, verdâtre. La substance cérébrale, y comprise celle du lobe moyen, est ramollie et jaunâtre par suite de l'infiltration des produits de l'inflammation. Il y a eu effusion de sang et petit caillot à la partie antérieure du foyer. Ventricule latéral gauche plein de pus, provenant d'une rupture du foyer vers la corne postérieure. Le ventricule droit contient une once de fluide séreux. A la base du cerveau, adhérences filamenteuses récentes entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Pédoncule cérébral gauche ramolli. Abcès dans le poumon gauche. Deux abcès enkystés dans le foie (1).

CLXXXIXe Obs. — Fille, vingt-six ans; exaltation morale, vie libre, contrariétés; céphalalgie, délire. 4 janvier, agitation ou coma vigil, état hystérique, air hébété, langue rouge, pouls vif et concentré, soif, insomnie. 17, langue brune, haleine fétide, peau sèche. 18, ventre douloureux. 20, difficulté de parler, perte de l'ouïe, non de la vue, pupille dilatée et sensible, intellect libre. 24, vomissement. 26, déjections involontaires, fétides; carphologie. Mort le 8 février. — État normal des méninges. Abcès dans le lobe postérieur droit du cerveau, dirigé vers le centre ovale, ayant le volume d'un œuf de pigeon, entouré de dureté et de traces d'inflammation (2).

CLXCe Obs. — Homme, vingt-six ans. Juin, céphalalgie intense, surtout en posant la tête à gauche; vertiges, perte de la vue, soif, fièvre, pyrosis, pouls plein et fréquent, constipation, inappétence. Attaques dans lesquelles se produit comme une sorte de globe hystérique. Pupilles dilatées, mais contractiles; nausées, mauvaise bouche, langue chargée, gencives gonflées, salivation (le sujet avait pris du mercure dans la supposition que sa maladie était

(1) Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 290.
(2) Bleynie, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1809, no 51, p. 11.

syphilitique); perte de la parole, engourdissement des membres, douleurs de tête, principalement sur les sourcils. Juillet, pulsation dans la tête augmentée par la position horizontale, douleur et pesanteur à l'occiput et à la nuque, enduit noirâtre sur la langue, prostration des forces, pouls fréquent, diplopie, tressaillements dans le sommeil, anxiété, yeux proéminents et larmoyants, pupilles dilatées, tête tirée en arrière, douleur à l'occiput et dans les membres, urine abondante et rendue librement, pouls 96, mou. Août, même état, quelques attaques. Septembre, menaces d'attaques, persistance des douleurs de tête, engourdissement et contraction spasmodique des muscles des membres supérieurs; douleur moindre à la tête, vive au dos. Après quelques jours de mieux, qui donnait de l'espoir au malade, il meurt dans une attaque analogue à celle de l'épilepsie. — Vaisseaux des méninges et du cerveau injectés. Deux onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Une tumeur, renfermée dans le lobe postérieur gauche du cerveau et pesant sur le cervelet, mesure en longueur deux pouces, en largeur un et demi, en épaisseur un pouce et quart; elle est dure et fortement attachée à la tente du cervelet; ouverte, on trouve qu'elle contient une once de pus vert clair. La substance cérébrale, au voisinage de la tumeur, est ramollie et en pulpe, d'aspect purulent. Cervelet sain. La dure-mère est détruite à l'endroit où la tumeur pressait contre l'occipital, et cet os lui-même y est rugueux (1).

CLXCI^e Obs. — Charpentier, vingt-sept ans, chancres syphilitiques guéris, pesanteur dans le côté droit de la tête. 18 décembre, tremblement du bras gauche, tintements d'oreilles, éblouissements, perte de connaissance. Deuxième jour, retour des sens et de l'intelligence; de temps en temps, flexion comme tétanique de l'avant-bras gauche. Troisième jour, cessation du tremblement, remplacé par un sentiment de faiblesse, d'engourdissement et de froid. Cinquième jour, paralysie des muscles, surtout des extenseurs du membre supérieur gauche; douleur de la partie droite de la tête, pouls lent et faible. Quatorzième jour, tête agitée par des mouvements latéraux; résolution du bras gauche, mouvements spasmodiques des membres droits, sensibilité et motilité conservées au membre inférieur gauche, intellect encore conservé, pouls fréquent. Quinzième jour, assoupissement; l'excitation de la peau reproduit les spasmes. Mort dans la nuit. — Méninges injectées. Dans le lobe postérieur droit, abcès contenant un pus crémeux, et communiquant avec un autre abcès situé plus en dehors. La face interne de ces cavités et du trajet fistuleux qui les réunit, est tapissée par une membrane

(1) Clarke, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1810, t. VI, p. 275.

mince, d'un rouge grisâtre, lisse, se détachant facilement par lambeaux du tissu sous-jacent sur lequel elle ne semble qu'appliquée. Mise dans l'eau, elle paraît comme villeuse, et hérissée de filaments. Elle a beaucoup d'analogie avec les membranes muqueuses. Substance cérébrale voisine à l'état normal. Un peu de sérosité dans les ventricules ([1]).

CXCII[e] Obs. — Homme, trente-quatre ans, bonne constitution. Il y a trois ans, pleuro-pneumonie suivie d'expectoration purulente fétide. En mars, vertiges; faiblesse, surtout du côté droit, sans perte de connaissance. Le jour suivant, rétablissement, mais en conservant une grande fatigue dans la tête, une vive susceptibilité de l'ouïe. Le 15 novembre, subite convulsion clonique du bras droit, pendant plusieurs minutes; elle se renouvelle deux heures après, pendant une ou deux minutes, et bientôt après, pour la troisième fois, elle affecte aussi la face et la jambe droite, accompagnée d'un léger vertige. Le mouvement volontaire est bien rétabli. Vision, pupilles naturelles; ni céphalalgie, ni trouble mental; locomotion facile. 16 novembre, quatrième attaque de convulsions du côté droit, sans perte de connaissance, mais avec insensibilité, pendant deux heures. 18, cinquième attaque, suivie de paralysie des membres droits; ni céphalalgie, ni délire; pouls 80. Le 24, convulsions qui cessent et reviennent. La connaissance persiste, mais la parole est suspendue pendant plusieurs heures. 27, douleur sourde dans la tête. 29, hémiplégie droite. 3 décembre, paroles incohérentes, un mot est prononcé pour un autre. Main gauche pressant le même côté de la tête; pouls 80; langue sortant en droite ligne; phrases prononcées lentement, et avec des interruptions du 4 au 8, jour de la mort. — Respiration stertoreuse, quelques signes d'intelligence, urines involontaires, pouls 56, respirations, 20; pupilles égales un peu contractées, rigidités, extension spasmodique de tout le cœur, impossibilité d'avaler, convulsions. Dans le lobe postérieur gauche, au niveau du corps calleux, abcès enkysté contenant deux onces de pus fétide, mucoïde, verdâtre. Le kyste est épais d'un dixième de pouce, vasculaire, enveloppé en dehors par une lame mince de substance cérébrale verdâtre. Plus loin, cette substance est molle, et infiltrée de sérosité. Il y a peu de fluide séreux dans les ventricules. Point de lésion des parois osseuses du crâne ([2]).

CXCIII[e] Obs. — Homme, trente-neuf ans, forte constitution, tempérament sanguin, épistaxis fréquentes; écoulement puriforme par l'oreille supprimé depuis deux ans après une percussion reçue à la

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 561.

([2]) Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 303.

tête; alors, incohérence des idées. Il y a trois mois, violente douleur dans le côté gauche de la tête, puis difficulté de parler, tristesse, désordre intellectuel. Février, parole nulle; paralysie successive de tout le côté droit, affectant le mouvement et le sentiment; ouïe et parole, parfois nulles; pouls fréquent et faible; stupeur, mouvements de la langue difficiles, odeur de souris, évacuations involontaires, perte de connaissance, respiration libre. Mort vers le quinzième jour, à dater de l'invasion de la paralysie. — Circonvolutions cérébrales aplaties. Anfractuosités effacées. Deux onces et demie de sérosité limpide dans les ventricules. Foyer considérable dans le lobe postérieur gauche du cerveau, contenant quatre onces d'un fluide grisâtre, plus lié, plus filant que le pus ordinaire, et se rapprochant du mucus nasal. Ce pus est renfermé dans un kyste épais, composé de deux membranes, qu'on peut isoler dans une grande étendue; l'interne d'un blanc rougeâtre, est analogue à une membrane muqueuse enflammée; l'externe a une apparence fibreuse. Substance cérébrale environnante très molle, d'un jaune verdâtre. Côté droit du cerveau, et cervelet sains [1].

CXCIVe Obs. Menuisier, quarante-six ans; caverne au sommet du poumon droit, céphalalgie. Tout à coup, en se promenant, mouvements convulsifs des membres droits et de la face du même côté, revenant par accès de demi-heure, suivis de sueurs. Hémiplégie droite, symptômes de congestion cérébrale; marche impossible, engourdissement. Mort le vingt-quatrième jour. — Deux foyers séparés par une espèce de fausse membrane dans le lobe postérieur gauche du cerveau, contenant demi-verre de pus [2].

CXCVe Obs. — Femme, quarante-sept ans, non réglée. Depuis dix-huit mois, maux de tête fréquents. 20 juillet, attaque de céphalalgie très intense au front. La marche est assez facile. 31, vomissements. 1er août, bâillements, respiration normale, réponses justes. 2, stupeur, résolution incomplète du bras droit, réponses tardives, mouvements de la langue très libres, pouls 56. 3 août, décubitus dorsal, pouls 52, respiration, 18; pupilles dilatées, résolution complète des membres gauches, bouche déviée à droite, sensibilité générale émoussée. 4, insensibilité de l'œil gauche, carus; légère rigidité des membres inférieurs, pouls 104; respiration, 24, stertoreuse. Mort le 5. — Abcès volumineux dans le lobe postérieur droit du cerveau; le pus, bien lié et verdâtre, est contenu dans une fausse membrane épaisse, consistante, et offrant l'aspect d'une muqueuse,

[1] Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. II, p. 56.
[2] Pajot (Service de M. Cruveilhier), *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 430.

parsemée de granulations. Substance cérébrale ramollie aux environs. Un peu de sérosité purulente dans le ventricule droit ([1]).

CXCVI[e] Obs. — Homme, cinquante-deux ans; otorrhée, revenant parfois depuis l'enfance. Percussion au côté droit de la tête, il y a un an, dans un état d'ivresse, et sans que cet individu s'en soit plaint. Il y a deux mois, sensation de fourmillement dans le membre inférieur gauche, remontant jusqu'à l'hypochondre; bientôt après, convulsions du même côté, puis paralysie du mouvement, sans perte de la sensibilité du même côté. Dans les derniers jours, céphalalgie; enfin, coma et mort. — A la surface du lobe postérieur droit du cerveau, se trouve une tache jaune qui s'étend en profondeur, et aboutit à un grand abcès enkysté, formé de plusieurs tuniques. Il y a quelques autres abcès plus petits. La substance cérébrale intermédiaire est ramollie ([2]).

CXCVII[e] Obs. — Jeanne M..., âgée de cinquante-quatre ans, du département de la Charente, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, ressent en juillet 1842, après s'être exposée à un soleil ardent pendant toute une journée, de l'engourdissement et une grande faiblesse dans les membres supérieur et inférieur gauches. La marche était pénible et chancelante, les mouvements de préhension ne se faisaient qu'avec difficulté.

Le 7 octobre, cette femme est admise à la Clinique interne de l'hôpital Saint-André. Face colorée, pouls fréquent, absence de céphalalgie, pupilles contractiles, naturelles. La langue se meut avec peine; la parole est embarrassée, mais l'intelligence est nette et la mémoire assez fidèle; le membre inférieur gauche est frappé de paralysie du mouvement et du sentiment, le supérieur du même côté présente un état analogue, mais à un moindre degré; côté droit normal; respiration et digestion à l'état naturel. (Application de douze sangsues à l'anus.) Les jours suivants, délire, cris aigus et plaintifs. (Deux saignées du bras; ventouses scarifiées à la nuque; vésicatoires aux jambes; limonade avec la crème de tartre soluble.) État stationnaire pendant quelques jours. Au commencement de novembre, agitation, suivie de coma; persistance de l'hémiplégie gauche avec insensibilité de la peau; déjections involontaires. 19, coma plus profond, décomposition des traits. Mort le 23.

Nécropsie. — Embonpoint assez bien conservé. Yeux entr'ouverts. Mucosités jaunâtres et épaisses à l'entrée des fosses nasales et de la bouche. Rigidité cadavérique.

Après avoir enlevé la voûte du crâne et divisé la dure-mère, on

([1]) Récamier et Trousseau, *Gazette médicale*, 1834, p. 601.

([2]) Jonas Ahrweiler, *De nonnullis Casibus morborum Cerebri*. Bonnæ, 1741, p. 20.

voit s'écouler de la cavité de l'arachnoïde un peu de sérosité sanguinolente. Cette membrane, sur la convexité de l'encéphale, est rouge, épaissie, tandis qu'à la base elle est intacte. La substance cérébrale est injectée dans toute son étendue. Une ecchymose existe sur la partie postérieure et externe du lobe cérébral postérieur gauche. En divisant le lobe postérieur droit, vers sa partie moyenne, on trouve une substance ramollie, en petit grumeaux, semblable à du lait caillé; il s'en écoule un fluide épais, jaunâtre, purulent. Cet abcès est en dehors du ventricule, lequel est sain, ainsi que celui du côté opposé; ils ne renferment pas de sérosité. Les artères calleuses, carotides internes et basilaire, montrent des commencements d'ossification. Poumons et cœur sains. Teinte livide de la face interne de l'estomac. Arborisation légère de la muqueuse intestinale.

CXCVIIIe Obs. — Homme de beaucoup d'esprit, âgé de soixante ans. Ancienne chute de voiture, travail intellectuel actif et non interrompu. Attaque apoplectique, et mort le troisième jour. — Huit onces de sang coagulé dans les ventricules. A la partie postérieure de l'hémisphère gauche, abcès considérable formé d'un mélange de pus et de sang (1).

CXCIXe Obs. — Femme, soixante ans, exposée au froid, à la fatigue, à la misère; abcès au pouce et à l'index droits; fièvre, courbature, céphalalgie; convalescence. Pendant la nuit, hémiplégie gauche, résolution complète, fourmillements dans le bras, sensibilité tactile émoussée, intelligence conservée, parole libre, face rouge, injection des conjonctives, fièvre, douleurs vives dans les membres paralysés. Mort quinze jours après l'attaque. — Rougeur et forte congestion des méninges et du cerveau. Dans le lobe postérieur droit, en dehors et en arrière de la couche optique, ramollissement circonscrit, du volume d'un œuf de poule, d'aspect gélatineux, et à l'intérieur crémeux et purulent (2).

CCe Obs. — Femme, soixante dix-neuf ans, maigre, nerveuse. Juin, perte subite de connaissance, hémiplégie gauche. Quinze jours après, tête, bouche inclinées à droite, et langue à gauche; pupilles égales, mobiles; stupeur, paralysie avec légère roideur des membres gauches, cris, agitation, subdelirium, loquacité mal articulée, vives pulsations des carotides, battements du cœur très énergiques, coma. Mort le vingtième jour. — Rigidité cadavérique. Hypertrophie du cœur. Altérations des artères. Sérosité abondante à la base du crâne et dans les ventricules du cerveau. Arachnoïde de la convexité

(1) Meckel, *Mém. de l'Acad. de Berlin. Collect. acad.*, part. étrang., t. XII, p. 13.
(2) Legroux, *Union médicale*, 1848, p. 181, et *Revue méd.-chirurg.*, t. III, p. 228.

opaque, laiteuse. Lobe postérieur droit jaune, injecté, très ramolli, renfermant dans son centre une certaine quantité de pus blanchâtre. Ce foyer est tapissé par une membrane très fine et vasculaire. Quelques petits caillots se trouvent aux environs. Les méninges voisines adhèrent à la surface des circonvolutions ramollies. Vésicules hydatiformes dans les plexus et la toile choroïdes [1].

Résumé des observations d'encéphalite affectant principalement les lobes postérieurs.

I. Les 25 observations qui viennent d'être exposées se partagent en huit cas, dans lesquels la phlegmasie occupant les lobes postérieurs du cerveau a produit le ramollissement du tissu encéphalique, et dix-sept dans lesquels elle s'est terminée par suppuration.

II. 14 sujets étaient masculins et 11 féminins.

III. Les âges figurent d'une manière presque égale dans le tableau de ces faits, comme le prouvent les chiffres suivants :

2 individus avaient l'un 5 et l'autre 10 ans.		
1 individu avait 20 ans.		
6 individus avaient de 21 à 30 ans.		
2	—	de 31 à 40 —
2	—	de 41 à 50 —
4	—	de 51 à 60 —
2	—	de 61 à 70 —
4	—	de 71 à 80 —
2	—	83 ans.
22		

Il y a lieu de noter que les encéphalites avec ramollissement ont été le partage de l'âge avancé (de 70 à 83 ans); tandis que celles qui ont entraîné la formation du pus appartenaient à la jeunesse, à l'âge adulte, et que les malades les plus âgés, à une seule exception près, ne dépassaient pas 60 ans.

IV. Parmi les états morbides antérieurs, on peut citer les percussions sur la tête, l'otorrhée d'ancienne date, une

[1] Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 137.

variole récente (CLXXVI, CLXXVIII, CXCIII, CXCVI, CXCVIII), un trouble prolongé de l'intelligence (CLXXX).

V. Les causes immédiates les plus notables ont été l'exposition de la tête aux rayons d'un soleil ardent (CXCVII) ou l'impression du froid et la fatigue (CXCIX), ou une affection morale vive (CLXXXII).

VI. Des *prodromes* ont eu lieu, quelquefois annoncés par des maux de tête, des vertiges, un engourdissement, un fourmillement, une faiblesse marquée des membres d'un côté (CXCII, CXCVI, CXCVII).

VII. L'*invasion* a eu parfois de l'analogie avec l'attaque apoplectique (CLXXVII, CLXXXI, CLXXXVII, CC), ou elle a été marquée par des convulsions (CLXXXVIII, CXCII, CXCIV), par des frissons et la fièvre (CLXXVIII, CLXXXVI).

La maladie a souvent débuté assez lentement et sans indices graves.

VIII. La *céphalalgie* a été notée 13 fois affectant un côté du crâne, et parfois le front ou l'occiput. Plusieurs malades ont déclaré qu'ils ne souffraient nullement de la tête ou qu'ils n'y éprouvaient qu'une pesanteur, une sorte de fatigue ou des vertiges.

IX. L'intellect est demeuré libre chez six sujets. Chez les autres, il a été plus ou moins troublé. Sept fois, il y a eu du *délire,* tantôt sourd, léger; tantôt avec cris et agitation. Chez cinq sujets, on a observé de la stupeur, et chez dix de l'assoupissement.

X. La parole a été difficile, mal articulée et peu intelligible dans quelques cas (CLXXXI, CLXXXVI, CLXXXVIII, CLXXXIX, CXCIX, CC), à peu près impossible dans d'autres (CLXXVII, CLXXXVIII, CXC, CXCIII), ou il y a eu substitution d'un mot à un autre (CXCII).

XI. Les sens ont été parfois obtus. Il y a eu surdité (CLXXXIX, CXCIII), tintements d'oreilles et éblouissements (CXCI), strabisme, diplopie, cécité (CLXXXIV, CLXXXVIII, CXC).

Les pupilles ont été contractées cinq fois et deux fois dilatées.

XII. La motilité a été souvent troublée. C'étaient des mouvements désordonnés (CLXXXI, CLXXXIV), des tremblements (CLXXVI, CLXXXIII, CLXXXVIII, CXCI), des tressaillements (CXC, CXCI). Il y a eu des *convulsions* générales (CLXXXIV, CLXXXV, CLXXXVIII) ou unilatérales, droites (CXCII, CXCIV), ou gauches (CXCVI), ou partielles, affectant les yeux (CLXXVI).

XIII. La *paralysie* est un symptôme fréquent de l'encéphalite des lobes postérieurs; elle a affecté soit le côté gauche (CLXXIX, CLXXXII, CXCI, CXCV, CXCVI, CXCIX, CC), soit le côté droit (CLXXVII, CLXXVIII, CLXXXVIII, CXCII, CXCIII, CXCIV). Dans un cas, il y a eu d'abord hémiplégie incomplète à droite, puis hémiplégie complète à gauche (CXCV). Dans un autre, les quatre membres étaient alternativement dans l'état de résolution ou dans celui de rigidité (CLXXXV). Il y avait en même temps trismus. Le membre supérieur était généralement le premier, le plus, ou le seul paralysé (CLXXVII, CLXXVIII, CLXXXII, CXCI, CXCV, CXCIX); mais j'ai une fois constaté que c'était l'inférieur (CXCVII).

La face a, dans quelques cas, offert une déviation en rapport avec l'hémiplégie (CLXXXI, CXCV). La langue s'est déviée du côté de la paralysie (CC) ou elle est sortie droite (CXCII). Ses mouvements ont été tantôt libres (CXCV), tantôt difficiles et bornés (CXCIII, CXCVII).

La paralysie n'a totalement manqué que chez peu de sujets (CLXXXV, CLXXXVII).

XIV. Il y a eu rigidité dans les membres paralysés et encore d'une manière plus marquée pour le bras (CLXXVII, CLXXIX, CLXXXII, CLXXXIV, CXCI, CC) que pour la jambe (CXCV). La rigidité a été rarement générale (CLXXXVIII). Elle s'est montrée une fois dans les membres droits, puis gauches, sans avoir été précédée de paralysie (CLXXVI).

Les membres paralysés ont été dans la résolution soit primitivement, soit après la contracture (CLXXXI, CXCI, CXCIX),

XV. La sensibilité a été conservée dans les membres privés de mouvements (CLXXXIII), et surtout aux membres inférieurs (CXCI, CXCVI). Plus souvent, elle y a été diminuée

(CLXXVII, CLXXXI, CXCIII, CXCVII, CXCIX). Elle a été émoussée d'une manière générale (CLXXX, CLXXXVI, CXCV). Une sensation de fourmillement, des douleurs plus ou moins vives ont été ressenties dans les membres paralysés (CLXXXII, CXCIX). Des phénomènes comme hystériques ont été remarqués chez un homme (CXC).

XVI. Le pouls a été le plus souvent fréquent; mais, deux fois, il était lent (CXCI, CXCV). La respiration a été stertoreuse.

XVII. Des vomissements ont eu lieu chez cinq sujets (CLXXVI, CLXXXVII, CLXXXVIII, CLXXXIX, CXCV).

XVIII. Les évacuations ont été souvent involontaires.

XIX. Un malade portait fréquemment les mains aux parties génitales (CLXXXVI).

XX. La maladie a eu généralement un *cours* assez long. Si elle s'est terminée parfois le troisième (CXCVIII), le quatrième (CLXXX, CLXXXIII), le septième (CLXXXI), le douzième jour (CLXXXVI), plus souvent elle a duré quinze (CXCI, CXCIII, CXCIX), seize (CXCV), dix-huit (CLXXXII), vingt (CC), vingt-un (CLXXVI), vingt-trois (CXCII), vingt-quatre (CXCIV), trente-cinq (CLXXXVII, CLXXXIX), trente-six (CLXXXVIII), quarante jours (CLXXXV). Deux fois, elle s'est prolongée trois mois (CLXXXIV, CXCVII).

XXI. Les *lésions anatomiques* se rapportent surtout aux deux modes qui ont servi à classer les faits.

Le lobe cérébral postérieur droit ou gauche était le siége d'un ramollissement plus ou moins étendu, rougeâtre, rosé ou jaunâtre, plus ou moins diffluent. Tantôt on voyait une sorte de putrilage, tantôt un état comme celluleux et raréfié de la substance cérébrale.

XXII. Les faits de la deuxième série montrent des exemples d'abcès situés dans la même partie, ayant un volume plus ou moins grand. Ordinairement, il n'y en avait qu'un; deux fois, il s'en est trouvé deux placés l'un près de l'autre (CXCI, CXCIV); une fois, il y en avait un principal et plusieurs petits (CXCVI).

Le pus contenu dans ces abcès était crémeux, verdâtre

ou grisâtre, liquide, mucoïde, filant ou concret, inodore ou fétide, en quantité variable de 30 à 120 grammes.

Quelquefois, le pus était en contact avec la substance cérébrale (CLXXXV); plus souvent, il était renfermé dans un kyste formé d'une membrane très vasculaire, mince ou épaisse, ou de deux membranes (CXCIII), ou de trois membranes (CLXXXVII); la membrane interne molle, comme villeuse, avait l'aspect d'une muqueuse. L'externe ou la moyenne avait une certaine consistance.

Deux fois, les abcès du lobe postérieur se sont ouverts dans le ventricule du même côté.

La substance cérébrale voisine des abcès s'est montrée assez dense (CLXXXIX), plus ordinairement ramollie et de couleur verdâtre.

XXIII. Les lésions qui viennent d'être décrites n'ont généralement affecté que l'un des lobes postérieurs du cerveau, et, ce qui est assez remarquable, d'une manière exactement pareille, douze fois à droite, autant à gauche, et le vingt-cinquième cas présentait un abcès enkysté dans chaque lobe postérieur (CLXXXVI).

XXIV. On a trouvé de la sérosité dans les ventricules, cinq fois, et du sang en abondance, une fois.

Les méninges ont offert plus ou moins d'injection et de rougeur sur le lobe affecté.

Les artères cérébrales ont présenté, dans deux cas, des points calcaires (CLXXXIII, CXCVII).

XXV. Chez le sujet qui avait porté ses mains aux parties génitales, le cervelet était sain; mais la pie-mère rachidienne était fort injectée (CLXXXVI).

6e SECTION. — ENCÉPHALITE SIÉGEANT DANS LES LOBES ANTÉRIEURS DU CERVEAU.

Les faits se divisent en trois séries, selon que l'inflammation conduit à l'induration, au ramollissement ou à la suppuration des parties affectées.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Encéphalite des lobes antérieurs du cerveau, avec induration de la substance cérébrale.*

CCI^e OBS. — Homme, dix-neuf ans. 23 septembre, douleur dans l'hypochondre droit, dévoiement, toux, céphalalgie, qui persiste; fièvre quotidienne. Dix-neuvième jour, somnolence, agitation, délire. Vingt-quatrième, intellect engourdi, réponses presque nulles, bien que les yeux soient ouverts. Vingt-cinquième, strabisme, yeux couverts de mucosités, tête portée en arrière. Vingt-sixième, pupilles peu sensibles à la lumière, la droite plus dilatée d'abord, puis les deux également. Vingt-neuvième, cessation du strabisme, diminution de l'assoupissement, sensibilité générale moins émoussée. Trentième jour, mort. — Larges ecchymoses de la pie-mère à la convexité du cerveau; petites granulations à la surface plane des hémisphères simulant les corpuscules de Pacchioni; vestiges de méningite de la base, sérosité rougeâtre dans les ventricules latéraux. Ramollissement du corps calleux et du trigone. Dans le lobe antérieur droit, la substance cérébrale est endurcie, du volume d'une noisette, résistant sensiblement au bistouri; elle est rouge à l'intérieur. Muqueuse gastrique noirâtre, ramollie (1).

CII^e OBS. — Homme; pas de renseignements; état comateux, ronflement, supination; paralysie du côté gauche, air hébété, pas de réponses. Mort au bout de cinq à six jours. — Le lobe antérieur gauche présente une induration rouge, au centre de laquelle est une substance molle, jaunâtre, parsemée de vaisseaux sanguins (2).

DEUXIÈME SÉRIE. — *Encéphalite des lobes antérieurs, avec ramollissement.*

Bien que, dans la plupart des faits suivants, l'altération principale consiste en un ramollissement de la substance cérébrale, on verra qu'elle y coïncide souvent avec une induration des parties voisines, coïncidence qui met hors de doute la communauté d'origine de ces altérations, quoique d'apparences entièrement opposées.

CCIII^e OBS. — Fille, quatre ans, forte constitution. Il y a un mois, rougeole, avec mouvements convulsifs au début. 23 septembre, inappétence, douleur au ventre, à la tête; vomissements, agitation,

(1) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 58.

(2) Cruveilhier, *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1829, t. III, p. 269.

délire, mouvements convulsifs. 26, éruption varioleuse; marche régulière, dessiccation le 8 octobre. Toutefois, pustules ulcérées aux avant-bras, avec gonflement, rougeur et vive douleur. Tension du ventre, diarrhée, fièvre. 11 octobre, sommeil agité, puis assoupissement. 12, léger tremblement des membres supérieurs, qui sont roides et à demi-fléchis. 13, pouls fréquent, malaise. 14, secousses convulsives des membres gauches, dont la rigidité persiste. Face, yeux et pointe de la langue déviés du même côté. Intelligence conservée, pouls non fréquent, développé. 15, perte de connaissance, affaissement; mouvements spasmodiques du côté gauche moins forts; il en survient à droite. État comateux. 16, résolution de tout le côté gauche, légères secousses dans le droit; yeux toujours déviés à gauche. Pupilles un peu dilatées, respiration accélérée, irrégulière; pouls très fréquent, faible; râle trachéo-bronchique. Mort. — Vaisseaux méningiens et cérébraux gorgés de sang. Ecchymoses en divers points de la pie-mère. Lobe cérébral antérieur ramolli, diffluent, un peu jaunâtre, piqueté de points rouges, et contenant un caillot de sang de la grosseur d'une aveline. Derrière ce ramollissement, la substance blanche est très consistante. Substance corticale injectée, striée d'une infinité de petits vaisseaux. Très peu de sérosité dans les ventricules; parties centrales saines. Engouement pulmonaire. Teinte rosée de la muqueuse gastro-intestinale [1].

CCIV^e Obs. — Homme, dix-huit ans, forte constitution. Avril, céphalalgie frontale, étourdissements, vertiges, tintements d'oreille. Intellect intact, parole nette, mouvements libres. Sensibilité normale; toutefois, ouïe obtuse. Face rouge, abattue. Pas de fièvre, amélioration; puis engourdissement, faiblesse et paralysie du membre supérieur gauche, sans contracture. Commissure droite des lèvres tirée en haut. Cécité de l'œil gauche, dont la paupière est à moitié abaissée. Pupilles également dilatées. Pouls fréquent; la paralysie s'étend au membre inférieur gauche. Stupeur, somnolence, réponses lentes, mais justes; constipation. Langue un peu déviée à gauche. Vers la fin d'avril, assoupissement, pas de réponses; yeux fermés. Du 1er au 8 mai, retour de l'intelligence, de la parole, et même un peu de mouvement du côté gauche. 8 mai, délire, coma, insensibilité, pouls très fréquent. 16 mai, cessation de l'assoupissement, rétablissement de la motilité. Néanmoins, langue rouge et sèche, diarrhée, eschares au sacrum et aux trokanters, fièvre, dépérissement, mais intellect conservé, et à peine quelques traces de paralysie. Mort à la fin de mai. — Pie-mère injectée. Lobe antérieur droit du cerveau aplati; sa substance grise d'un blanc sale,

[1] Payen, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1826, n° 21, p. 16.

nuancé de rose. Ce lobe est d'une extrême mollesse dans toute son épaisseur. Un filet d'eau le divise en grumeaux semblables à du lait caillé, nageant dans un petit lait non clarifié. Le reste du cerveau a sa consistance normale. Un liquide rougeâtre distend les ventricules latéraux ([1]).

CCVe Obs. — Homme, dix-neuf ans, lymphatique. Avril, fièvre quotidienne, avec forte céphalalgie. Mai, toux, douleurs thoraciques, augmentation du volume du ventre, dévoiement, infiltration des membres inférieurs. Juin, état stationnaire, tête pesante et douloureuse, battements de cœur, vertiges. 7 juillet, perte de connaissance, convulsions avec pâleur de la face, écume à la bouche. Cet accès se répète deux fois; le lendemain, coma, paupières abaissées et flasques, pupilles peu sensibles, oscillantes; œil droit dirigé en haut et en dedans; mouvements spasmodiques de la commissure droite des lèvres. Pointe de la langue agitée et dirigée du même côté, tête portée à gauche, sans roideur du cou. Convulsions du membre supérieur droit; immobilité, flaccidité du bras gauche. Insensibilité de la peau des membres et du tronc. Jours suivants, suspension des actes intellectuels; seulement, le malade ouvre les yeux quand on l'excite. Pupilles modérément dilatées, insensibles. Pas de déviation de la bouche. Quand on pince la peau, la commissure gauche se contracte, et la pointe de la langue se porte du même côté. Résolution des membres droits; les gauches exécutent quelques mouvements quand on excite l'un ou l'autre côté du corps. Sensibilité diminuée. Strabisme divergent; l'œil gauche paraît voir; il est porté en dehors. Ouïe, parole nulles. Tête inclinée à gauche, sans roideur du cou; constipation; pouls peu fréquent, puis réaction, fréquence du pouls, chaleur, respiration stertoreuse. Mort le 14. — Arachnoïde cérébrale, blanchâtre, opaque autour du cerveau, épaisse et de couleur laiteuse sur les scissures de Sylvius et sur le lobe antérieur gauche du cerveau. Dans ce lobe, à un pouce de profondeur, ramollissement de la substance blanche, avec désorganisation, couleur rouge acajou, mêlée de quelques petits caillots de sang de la grosseur d'un pois environ. Une portion de substance cérébrale offre une désorganisation entière, avec infiltration sanguine. Ce tissu, lavé et malaxé, paraît comme carnifié, résistant et assez semblable à un morceau de poumon comprimé. Les parties environnantes, ramollies, ont une couleur de moins en moins rouge. Poumons partiellement engoués. Péritoine blanchâtre, opaque; quelques plaques rouges à la face interne de l'estomac ([2]).

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 419.
([2]) Martinet, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1825, t. VIII, p. 453.

CCVI[e] Obs. — Femme, vingt-quatre ans, accouchée le 4 mars. Frisson, céphalalgie, insomnie, agitation. Du troisième au douzième jour, éréthisme, face injectée, pouls fréquent, tendu. Treizième jour, convulsions du côté gauche, alternant avec la roideur et la demi-flexion des membres de ce côté; yeux fixes, immobiles; assoupissement. Quatorzième jour, convulsions du côté droit de la face, coma, stertor. Mort le dix-septième jour. Sérosité albumineuse dans l'arachnoïde sur chaque hémisphère. Vaisseaux cérébraux très injectés. Ramollissement à la partie supérieure du lobe antérieur droit, ayant un pouce cube d'étendue. Dans le point correspondant du lobe opposé, commencement de phlegmasie de la substance grise, injectée, parsemée de points rouges et comme ecchymosée. Caillots noirâtres à la surface de deux anfractuosités (1).

CCVII[e] Obs. — Femme, vingt-sept ans, grandes fatigues en juillet, étourdissements, céphalalgie, insomnie, inappétence. Dix jours après, céphalalgie bornée aux régions sus-orbitaires, vertiges, battements énergiques des artères carotides, face rouge et comme bouffie, engourdissement des membres, pouls fréquent, peau chaude. Vers le treizième jour, convulsions violentes du membre thoracique gauche, répétées sept à huit fois dans les vingt-quatre heures, par accès de vingt minutes. Pas de paralysie, ni de roideur, ni de douleur; les convulsions s'étendent au côté gauche de la face, puis au côté droit; néanmoins, intelligence, motilité, sensibilité encore intactes. Mais, quelques heures après, les convulsions s'emparent successivement ou simultanément des deux côtés, toujours plus fortes aux membres supérieurs; injection de la face, stupeur, coma, respiration embarrassée. Mort. — Infiltration de sérosité trouble sous l'arachnoïde. Dans le milieu de l'épaisseur du lobe antérieur droit, ramollissement rouge occupant environ un pouce cube. Substance cérébrale environnante vivement injectée. Dans le lobe antérieur gauche, injection tellement forte qu'on dirait une ecchymose, mais sans ramollissement. Encéphale en général injecté (2).

CCVIII[e] Obs. — Femme, trente-quatre ans, constitution sèche; cécité. 1[er] novembre, perte de la parole, ouïe, intellect conservés; gestes animés exprimant les pensées; mouvements de la langue faciles, sa pointe se déviant un peu à droite. Motilité musculaire et sensibilité de la peau maintenues. Pouls petit, faible, fréquent, irrégulier. Huitième jour, quelques monosyllabes prononcées. Neuvième jour, paralysie complète de tout le côté droit, sans roideur; sensibilité obtuse de la peau, pâleur de la face, bouche entraînée à

(1) West, dans Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 23.

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 427.

gauche, yeux renversés. Dixième jour, insensibilité du côté gauche. Douzième jour, mort. — Vaisseaux des méninges injectés. Infiltration séreuse sous l'arachnoïde. Pie-mère adhérente dans une étendue de trois ou quatre pouces à la partie antérieure et externe du lobe antérieur gauche du cerveau. Une partie de la substance corticale est entraînée par les méninges. Au dessous, le cerveau est entièrement ramolli et jaunâtre jusqu'au centre ovale, et offre deux petits épanchements de sang du volume d'un pois. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux, dont les parois sont couvertes de granulations fines (1).

CCIX° Obs. — Femme, quarante ans, bonne constitution; elle a fait autrefois une chute et a été trépanée, disent les parents. Elle est apportée à l'Hôtel-Dieu, le 1er février, dans l'état suivant : coma, perte absolue de connaissance, mouvements convulsifs du bras droit, roideur du bras gauche, yeux tournés, spasmes des muscles de la face, laquelle est violette; écume à la bouche; convulsions, agitation augmentant par la pression de l'épigastre; serrement des mâchoires, pouls petit et fréquent. Mort du troisième au quatrième jour. — Cicatrice au côté gauche du crâne, près du front; mais pas de traces d'application du trépan. Dure-mère et méninges très adhérentes sur le lobe antérieur gauche du cerveau, lequel est converti en une matière molle, jaunâtre, espèce de putrilage. La partie voisine du cerveau est dense; elle résiste au scalpel. Au milieu de cette altération, on voit une petite poche formée aux dépens de la pie-mère, qui s'enfonce entre les circonvolutions cérébrales (2).

CCX° Obs. — Chirurgien militaire, cinquante-quatre ans, excès vénériens, affaiblissement intellectuel, mélancolie ascétique, assoupissement, fièvre, langue sèche, décubitus en supination, immobilité, coma complet, parole nulle, paupières abaissées, pupilles mobiles, non dilatées; résolution des membres, pouls petit, mou, non fréquent; refus des aliments et des boissons, le bouillon est vomi. Mort. — Crâne très fragile. Méninges saines. Lobe antérieur gauche ramolli à sa partie inférieure, ainsi que le plancher du troisième ventricule. La substance ramollie est jaunâtre à l'extérieur et noirâtre à l'intérieur, où se trouve une sorte de noyau rouge, dur et comme carnifié. Parois des ventricules latéraux ramollies et blanches dans leurs parties postérieures. Demi-once de sérosité trouble dans ces cavités. Ramollissement de l'estomac (3).

CCXI° Obs. — Tailleur, cinquante-cinq ans, grêle; hématurie

(1) Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. I, p. 19.
(2) Lerminier, *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris*, 1819, p. 225.
(3) Gendrin, dans Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 191.

ancienne, supprimée tout à coup. Janvier, deux jours après, affaiblissement de la mémoire, douleur fixe et profonde à la partie antérieure de la tête, commissure gauche des lèvres déviée en dehors, parole embarrassée, réponses tardives, mais justes; pouls petit, vibrant; sensibilité, myotilité intactes; appétit, sommeil; mémoire perdue tous les soirs. Amélioration pendant onze jours. Mort inattendue le 27 février. — Adhérence de la dure-mère et de l'arachnoïde sur un point circonscrit du lobe antérieur gauche. En cet endroit, induration comme cartilagineuse de la substance corticale et ramollissement jaunâtre de la substance blanche sous-jacente. Cerveau en général injecté. Pas d'épanchement ventriculaire (1).

CCXII° Obs. — Maçon, soixante-cinq ans. Maladie organique du cœur, inflammation du tissu cellulaire du bras par suite de saignée. Délire pendant les derniers jours de la vie. — Injection vive et ramollissement léger du lobe antérieur gauche. Cette lésion siége dans la substance médullaire et empiète un peu sur la substance corticale. On voit des taches d'un rouge vif, arrondies, entourées d'une auréole rose tendre. Ces taches sont formées par un peu de sang coagulé et répondent à des ruptures de vaisseaux (2).

CCXIII° Obs. — Femme, soixante-dix ans, très grasse et pléthorique; douleurs à la hanche, puis sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans les membres gauches. L'année suivante, le 28 avril, vomissements bilieux. Six jours après, perte de connaissance, immobilité de tous les membres, rougeur violacée de la face, coma prolongé, ventre resserré, déglutition très difficile, pouls 140, râle. Mort le 5 mai. — Dure-mère et encéphale injectés. Tout le lobe antérieur droit, la moitié du corps strié et une portion du corps calleux sont ramollis et réduits en une espèce de bouillie où la substance cérébrale semble triturée avec du pus. Cette matière pultacée, enlevée par un filet d'eau, il reste une grande caverne, sans communication avec les ventricules, qui contiennent à peine quelques grammes de sérosité (3).

CCXIV° Obs. — Femme, soixante-douze ans, embonpoint, céphalées, douleurs vagues. Novembre, affaiblissement de l'intelligence et des mouvements, faiblesse plus prononcée du bras gauche. Mort le deuxième jour. — Congestion sanguine des deux hémisphères du

(1) Avisard, *Bibliothèque médicale*, 1820, t. LXIX, p. 226. — Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. I, p. 312.

(2) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 28.

(3) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*. Paris, 1814, p. 178.

cerveau. Léger ramollissement au milieu du lobe antérieur droit, avec reflet rougeâtre à un faible degré (1).

CCXV° Obs. — Femme, quatre-vingt-un ans, robuste, active, aveugle. 30 juillet, sans symptômes précurseurs, perte subite de connaissance, immobilité; bientôt après, décubitus dorsal, tête portée à droite ou à gauche, bras agités, élevés; la main gauche portée sur le front; sensibilité conservée; pas de réponses; peau chaude, pouls fort et fréquent, constriction des mâchoires, langue rouge et sèche, irascibilité, mouvements de fureur, suivis d'un état d'imbécillité. 1er août, bouche déviée à gauche, gêne des mouvements du bras droit, lenteur de ceux des membres inférieurs, déglutition impossible, faiblesse du bras gauche, carphologie. Mort le 5 août. — Méninges injectées. Le cerveau, coupé par tranches, laisse voir des cercles rosés ou jaunâtres. Lobes antérieurs adhérents en avant et ramollis, le droit pulpeux et comme purulent à sa partie inférieure. Corps strié du même côté mou; entre ce corps et la couche optique, tache jaune avec brides rayonnées, imitant une cicatrice (2).

CCXVI° Obs. — Femme, quatre-vingt-quatre ans; perte subite de connaissance le 17 novembre. Décubitus dorsal, tête inclinée à droite, yeux entr'ouverts, immobiles; pas de vomissements, bras gauche roide, immobile, sensible; jambe droite roide dans l'extension, un peu sensible; efforts apparents pour parler, mais parole nulle; la malade ne peut montrer la langue, seulement elle ouvre la bouche, qui se dévie à droite; pupilles très dilatées et d'abord immobiles, plus tard sensibles; mobilité conservée au bras droit, qui n'est pas roide; disposition à la somnolence, mais parfois agitation de la tête et des yeux; pouls plein, fort, régulier. Deuxième jour, coma. Troisième, bras gauche dans une résolution complète. Jours suivants, quelques paroles prononcées, quelques mouvements de la jambe gauche, sécheresse de la langue, vomissements, respiration embarrassée, pouls irrégulier, coma. Mort le neuvième jour. — Un peu de sérosité dans l'arachnoïde et dans la pie-mère, laquelle offre, en outre, une suffusion sanguine sur l'hémisphère droit, dont elle se détache facilement. Couleur rougeâtre et ramollissement des circonvolutions de cet hémisphère, près la corne sphénoïdale. Ramollissement grisâtre étendu de la partie externe et inférieure du lobe antérieur droit au corps strié, présentant deux noyaux indurés du volume d'une noisette, rouges, fermes, parais-

(1) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 25.

(2) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 80.

sant formés par la combinaison intime du sang et de la substance cérébrale, laquelle, aux environs, offre une teinte jaune [1].

CCXVII[e] OBS. — Femme, quatre-vingt-huit ans; épanchement pleurétique. Mort sans agonie au bout de huit jours, avec intégrité des mouvements, de l'intelligence et de la parole. — Légère infiltration séreuse de la pie-mère. A la partie postérieure et interne du lobe antérieur gauche, plusieurs circonvolutions sont violacées, aplaties, très adhérentes à la pie-mère, fluctuantes, et elles recouvrent une cavité profonde, pleine d'une bouillie rougeâtre, brunâtre, coulante, fournissant un liquide un peu rouge, épais, trouble, comme s'il était mêlé de pus. Au centre, lacis abondant de vaisseaux dilatés. Corps strié ramolli. Couche optique saine. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules [2].

TROISIÈME SÉRIE. — *Encéphalite siégeant dans les lobes antérieurs du cerveau, terminée par suppuration.*

CCXVIII[e] OBS. — Jeune homme, quinze ans, tempérament lymphatico-sanguin, robuste, intelligent, studieux, doué d'une parole facile. 18 août, à midi, au milieu de la classe, immobilité subite, sans perte de connaissance immédiate; la tête, douloureuse, reste appuyée sur les deux mains. Hébétude, yeux fixes, hagards; faiblesse, chute sur le sol. Contracture du membre inférieur gauche, contractions cloniques des muscles des deux membres supérieurs. Respiration haute, accélérée, bruyante. Mort deux heures après l'invasion des accidents. — Beaucoup de sang dans les sinus de la dure-mère, cerveau en général mou et injecté, ecchymoses méningées à la base du crâne. Hémorrhagie abondante dans les ventricules latéraux. Le lobe antérieur gauche du cerveau contient, dans son centre, un abcès de la capacité d'une grosse noix formé par du pus jaunâtre, crémeux, mêlé de points rouges [3].

CCXIX[e] OBS. — Un jeune pharmacien, après avoir préparé pendant une journée du papier à cautère, est pris de céphalalgie violente, fixée au dessus de l'œil gauche. Secousses convulsives des muscles du côté droit du visage et du bras droit, analogues au tic douloureux. Aggravation le soir, insomnie; pouls 56, peau peu chaude. Intelligence, parole, locomotion conservées. Les deux derniers jours de la vie, obligation de s'aliter à cause de la violence des

[1] Durand-Fardel, Thèses de Paris, 1840, n° 261, p. 28, et *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 61.

[2] Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1839, p. 71.

[3] Dégranges, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1841, t. XIV, p. 156.

douleurs et de l'accroissement des convulsions, attaquant tout le côté droit du corps et parfois le gauche aussi. Mort pendant une attaque. — Abcès dans le lobe antérieur gauche du cerveau, pus ayant les qualités ordinaires (1).

CCXXe Obs. — Séminariste, vingt-quatre ans, forte constitution. Décembre, œdème occupant la joue et les paupières gauches. Chemosis, fièvre. Céphalalgie (pas de cause traumatique). Jours suivants, œdème dissipé, puis douleur persistante à l'œil et à la tempe. Œil sensible à la lumière, vomissements; lenteur, petitesse, inégalité du pouls; peau naturelle. Bourdonnements d'oreille, soupirs, bâillements, étourdissements quand le tronc étendu se redresse. Intelligence parfaite, sommeil agité par des rêves pénibles. 4 janvier, vue double de l'œil gauche, torpeur. *Laissez-moi tranquille,* telle est la réponse qu'on obtient du malade, qui ne peut se soutenir seul debout. Quand on lui demande ce qui lui fait mal, il prie d'attendre, secoue sa tête, et répond : *Ce doit être la tête.* Il ne se plaint pas plus d'un côté que de l'autre. Il prend part à la conversation, et sourit quand on dit des choses plaisantes. Il lit des deux yeux, mais mieux du droit; mouvements convulsifs. 12, en se mettant sur son séant, syncopes, vomissements et mouvements convulsifs du côté gauche, suivis d'engourdissement. 14, lever pénible, réponses tardives, mais justes; pouls petit et lent. Mort la nuit suivante. — Extrême roideur des membres. Lobe antérieur gauche du cerveau un peu adhérent à la dure-mère et d'une mollesse remarquable, contenant du pus épais et verdâtre dans un foyer du volume d'un œuf de poule, communiquant en haut avec un autre foyer moins considérable, en arrière avec le ventricule. Les foyers purulents sont tapissés par une membrane épaisse, d'un quart de ligne, dont la face interne est rugueuse, comme granulée et de couleur rosée. L'externe adhère à la substance cérébrale ramollie. Cette membrane est elle-même composée de deux feuillets, l'un interne, plus épais, l'autre externe, mince, celluleux, jaunâtre. Entre ces deux feuillets rampent des vaisseaux déliés qui pénètrent dans la fausse membrane. Substance cérébrale environnante ramollie, analogue au *blanc manger.* Pus blanc-verdâtre sous la portion d'arachnoïde qui revêt la protubérance et l'origine de la moelle. Estomac injecté au voisinage de l'orifice œsophagien, muqueuse ramollie (2).

CCXXIe Obs. — Homme, vingt-quatre ans. Depuis deux ans, céphalalgie à droite. Février, syphilis négligée. L'année suivante, engourdissement dans le pouce gauche, puis membres gauches paralysés;

(1) Morlot, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1846, nº 98, p. 24.

(2) Cruveilhier, *Nouvelle Bibliothèque médicale,* 1825, t. IX, p. 318.

Délire (saignées), guérison. Cinq mois après, céphalalgie générale et très violente, perte de la parole, paralysie du côté gauche, mâchoires serrées, sensibilité, intelligence conservées; pouls 98, petit, irrégulier; roideur tétanique, coma, mort. — Lobe antérieur droit ramolli, pénétré de pus très fétide. Peu de sérosité dans les ventricules. Pas d'autre lésion ([1]).

CCXXII° Obs. — Fille, vingt-quatre ans. Mars, état qui simule la fièvre typhoïde, parvenu au vingtième jour. Perte complète de connaissance, résolution des membres gauches, paralysie du sentiment et du mouvement des membres droits. Le trente-deuxième jour, amélioration, paralysie diminuée, quelques mots articulés. Le quarante-septième, tout à coup, état très grave, fièvre, délire, vomissements. Mort le cinquantième. — Adhérences des méninges, injection du système veineux, rougeur pointillée du cerveau. Kyste purulent dans le lobe antérieur droit, pouvant loger un œuf de poule, exhalant une odeur fade ([2]).

CCXXIII° Obs. — Homme, vingt-six ans. Le 16 décembre, fracture de l'un des os de l'avant-bras gauche. Au bout de vingt jours, érysipèle phlegmoneux et plusieurs abcès au membre supérieur. Le troisième mois, maux de tête, frissons, insomnie, fièvre, diarrhée; ces symptômes se dissipent, sauf la céphalalgie. Rétablissement apparent. Le 14 avril, mort subite et sans bruit, pendant la nuit, après avoir mangé tranquillement la veille au soir. — On trouve dans le lobe antérieur un abcès enkysté qui s'était ouvert dans le ventricule voisin et avait fusé dans les autres ([3]).

CCXXIV° Obs. — Homme, trente ans, faible constitution. Juillet, depuis six semaines, céphalalgie intense, face pâle, yeux abattus, conjonctives injectées, mobilité, sensibilité des membres normale, appétit peu diminué, pouls non fréquent, intellect sain, réponses lentes; légère amélioration par une forte saignée. Quatrième et cinquième jours, le malade se promène et dort bien. Le sixième, à quatre heures du matin, douleurs atroces dans la tête, face et yeux rouges, bouche écumeuse, respiration embarrassée. Mort deux heures après. — Vaisseaux des téguments et des méninges très injectés. Sur le lobe antérieur gauche, l'injection est plus forte. L'arachnoïde et la pie-mère adhèrent à la substance cérébrale, qui renferme un foyer rempli de pus et étendu jusqu'au ventricule latéral gauche, dans lequel il pénètre par une ouverture étroite à

([1]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 180.

([2]) Tallard, *Travaux de la Soc. de Méd. de Moulins*. (*Gaz. méd.*, 1846, p. 198.)

([3]) Porral, *Journal hebdomadaire*, 1830, t. I, p. 246.

bords irréguliers et minces. Le pus y est mêlé à un peu de sérosité. Substance cérébrale ramollie et diffluente autour du foyer, endurcie au-dessous. Corps strié du même côté grisâtre, un peu ramolli. Les autres parties saines (¹).

CCXXVᵉ Obs. — Homme, trente-deux ans, terrassier, robuste, entré à l'hôpital Saint-André au commencement de l'année 1839. Il avait été renversé par un éboulement de terre et avait eu une fracture de côte suivie d'épanchement purulent dans le thorax. Ce malade n'offrait aucun symptôme d'affection cérébrale; il parlait fort distinctement l'idiome de son pays. Il mourut le huitième jour. — A l'ouverture cadavérique, on trouva toute la pointe du lobe antérieur gauche du cerveau ramollie et en suppuration. La lésion avait envahi la substance grise et la substance médullaire (²).

CCXXVIᵉ Obs. — Homme, quarante ans, athlétique; chute sur le dos en décembre. Maux de tête au printemps suivant, et mort au mois de février de l'année d'après, en présentant des symptômes cérébraux. — Il existait des kystes purulents dans le lobe antérieur droit et des rugosités, des espèces de granulations osseuses à la surface interne du crâne (³).

CCXXVIIᵉ Obs. — Homme, quarante-six ans, lymphatique, nerveux; mère morte hémiplégique, père mort d'une affection cérébrale. Dès l'âge de dix ans, hémicrânies fréquentes. A trente-sept ans, contusion à la tête. A quarante-un ans, syphilis; puis, jusqu'à quarante-trois, bonne santé. Alors, douleurs de tête fréquentes, surtout la nuit. (Insuccès des anti-périodiques.) En janvier, accès plus prononcés, commençant vers minuit, revenant d'heure en heure, jusqu'à l'aube du jour; sommeil pendant une heure, réveil à sept heures et demie; déjeuner avec une soupe. Demi-heure après, retour des accès jusqu'à onze heures. Ils durent de dix à vingt-cinq minutes, et sont caractérisés par un léger assoupissement, sans perte de connaissance; par l'impossibilité de parler, des gestes de la main droite exprimant seuls la volonté; par des douleurs siégeant sous l'arcade sourcilière droite et quelquefois dans tout le côté droit de la tête; enfin, par des mouvements convulsifs des yeux et un tremblement du membre inférieur droit et parfois du bras droit. Pouls vif, profond, concentré; face colorée; pendant le sommeil, évacuation d'urine sans conscience; dans l'intervalle des accès, sens

(¹) Porral, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1830, nᵒ 286, p. 19.

(²) Ce fait a été recueilli dans mon service par M. Dégranges, qui me remplaçait. Il a été publié dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1841, t. XIV, p. 161.

(³) Will. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3ᵉ série, t. III, p. 307.

et intellect presqu'à l'état normal; mais la marche est mal assurée. Après une légère amélioration, mort dans un état apoplectique le 30 janvier. — Foyer purulent considérable dans le lobe antérieur gauche du cerveau (la douleur avait toujours répondu au côté droit). Substance cérébrale environnante dans un état de putrilage, au milieu duquel on remarque, dit l'auteur, des granulations tuberculeuses très consistantes, de la grosseur de grains d'orge. La portion de faux voisine est altérée. Vaisseaux sanguins un peu distendus; le reste de l'encéphale est normal et consistant (1).

CCXXVIII^e Obs. — Femme, quarante-huit ans, grêle, sujette à une céphalalgie du côté droit. Tout à coup, difficulté de parler et hémiplégie gauche, avec roideur; vue et ouïe intactes. Au bout de quatre mois, fièvre continue, dents et lèvres fuligineuses, dysphagie. Mort. — Infiltration séreuse de la pie-mère. Dans le corps strié droit, traînées ou filets rouges lie de vin, aboutissant en bas à la base du lobe antérieur droit, profondément altéré en cet endroit, ramolli, pultacé, infiltré de pus et de sang (2).

CCXXIX^e Obs. — Femme, quarante-huit ans; érysipèle à la face, puis symptômes de congestion cérébrale. Un mois après, chute sur la partie postérieure de la tête. Chagrin, trouble intellectuel, lypémanie sans lésion de la sensibilité ni du mouvement, point d'embarras de la parole. 20 janvier, dyspnée, anxiété, pouls fréquent et petit, respiration bien entendue dans toute la poitrine, battements du cœur précipités, tumultueux, d'un timbre sourd. Mort le lendemain. — Méninges saines, ainsi que l'hémisphère gauche du cerveau. L'hémisphère droit présente, au devant du lobe antérieur, une plaque circulaire d'environ 3 ou 4 centimètres de diamètre. La dure-mère y adhère par des filaments celluleux. Sous cette plaque, le lobe antérieur renferme un foyer purulent. Le pus est enveloppé dans un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, qu'on sépare aisément des parties voisines, dont le tissu est ramolli dans l'étendue de 15 millimètres. Ce kyste est régulièrement sphérique, fibro-cartilagineux, épais de 3 millimètres. Sa cavité est tapissée par une membrane rougeâtre, villeuse. Le pus, dont la quantité est de 20 grammes, est jaune-verdâtre, crémeux. L'abcès ne communique pas avec le ventricule; cependant, on trouve une ou deux gouttelettes de pus à la partie antérieure du corps strié. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur (3).

(1) Desgaultières, *Bibliothèque médicale*, 1817, t. LVIII, p. 66.
(2) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 109.
(3) Pereira (d'Orléans), *Annales médico-psychologiques*, 1846, t. I, p. 312.

CCXXXe Obs. — Femme, quarante-neuf ans, robuste, non réglée depuis sept ans; violents chagrins. Octobre, céphalalgie frontale, facies stupide, coma; cependant, réponses faciles quand on les provoque, perte de la mémoire, yeux tristes, larmoyants, injectés; respiration rare, pouls profond, 55; langue rouge avec enduit jaunâtre, mouvements convulsifs; puis perte du sentiment et du mouvement volontaire, yeux fermés, insensibles; pupilles contractées, respiration bruyante, résolution des membres; toutefois, contracture de l'avant-bras gauche. Mort le sixième jour. — Méninges rouges, comme infiltrées de sang. Ventricules distendus par beaucoup de sérosité trouble et rougeâtre. Le lobe antérieur droit du cerveau est ramolli. Les substances grise et blanche sont confondues, diffluentes, très rouges et parsemées de petits caillots de sang noir. L'altération se termine brusquement à la scissure de Sylvius. En dehors, la substance cérébrale a une teinte flavescente qui permet d'admettre une infiltration purulente (1).

CCXXXIe Obs. — Femme, atteinte de cyanose dès son enfance. A quarante-sept ans, cessation des règles, accroissement des symptômes d'affection du cœur. A cinquante-sept ans, crampe dans la main et le pied gauches, puis hémiplégie du sentiment et du mouvement et convulsions du même côté. Le douzième jour, perte de connaissance, face animée, yeux brillants, agités de mouvements convulsifs; dilatation de la pupille, respiration de plus en plus laborieuse, paralysie généralisée, etc. Mort le lendemain. — A la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau, abcès de la capacité d'un œuf de poule, contenant environ 3 onces de pus jaune-verdâtre, bien lié, renfermé dans un kyste composé d'une membrane molle et vasculaire, mais assez résistante pour pouvoir être détachée. La substance cérébrale environnante est ramollie, injectée, rouge et parsemée de points plus foncés. Au delà, elle est jaunâtre. Cœur volumineux. Trou de Botal conservé. Cavités et orifices droits rétrécis (2).

CCXXXIIe Obs. — Un homme est renversé par un cabriolet. Il ne présente au crâne aucune lésion extérieure; cependant, il accuse une légère céphalalgie, il avait une forte contusion du petit doigt. Durant huit jours, intelligence nette, gaieté, exercice libre de toutes les fonctions. Au bout de ce temps, tristesse, forte douleur de tête, air hébété, somnolence; toutefois, les réponses sont justes, mais lentes. Bras droit dans la demi-flexion, fortement contracté et presque insensible; le doigt tombe en gangrène. Neuvième jour,

(1) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 29.
(2) *Idem, ibidem*, p. 140.

còma, mort. — On trouve un abcès occupant tout le lobe antérieur gauche; pus verdâtre et d'une odeur repoussante. Substance cérébrale environnante d'une mollesse extrême, diffluente; sa couleur est celle du pus [1].

Résumé des observations d'encéphalite siégeant dans les lobes antérieurs du cerveau.

I. Les observations, au nombre de 32, se partagent en trois séries :

1° Avec induration de la substance cérébrale..	2
2° Avec ramollissement....................	15
3° Avec production de pus.................	15
	32

II. Elles ont été fournies par 17 individus du sexe masculin et 15 du sexe féminin.

III. Elles donnent, quant aux âges, les chiffres suivants :

1 enfant avait 4 ans.		
4 sujets avaient	de 11 à 20 ans.	
7	—	de 21 à 30 —
4	—	de 31 à 40 —
4	—	de 41 à 50 —
3	—	de 51 à 60 —
2	—	de 61 à 70 —
1	—	de 71 à 80 —
3	—	de 81 à 88 —

Les individus les plus âgés appartenaient à la deuxième série; tandis que ceux de la troisième avaient de 15 à 50 ans.

IV. Cette maladie a affecté souvent des individus robustes, gras, pléthoriques.

V. Plusieurs sujets avaient éprouvé des lésions traumatiques qui, sans rompre la continuité des parois crâniennes, avaient porté leur action sur l'encéphale (CCIX, CCXXIII, CCXXV, CCXXXII); mais, en outre, l'un était tombé sur la région dorsale (CCXXVI), et la percussion reçue par un autre n'avait porté que sur l'occiput (CCXXIX).

[1] Piquet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1828, n° 192, p. 9.

VI. D'autres avaient eu des symptômes de maladies du cœur (CCXII, CCXXXI), des flux sanguins supprimés (CCXI, CCXXX).

VII. L'encéphalite avait été précédée, chez un enfant, par la rougeole et la variole (CCIII), et, chez un adulte, par un érysipèle de la face (CCXXIX).

VIII. Plusieurs malades avaient éprouvé longtemps des céphalées, des hémicrânies opiniâtres (CCXXI, CCXXIV, CCXXVII, CCXXVIII), des étourdissements (CCVII), etc.

IX. Les grandes fatigues, les excès vénériens, les chagrins violents (CCVII, CCX, CCXXVIII, CCXXIX) ont été notés comme *causes*.

X. L'encéphalite des lobes antérieurs a plusieurs fois éclaté d'une manière brusque, sans avoir eu de prodromes (CCXV, CCXVIII), et même elle a enlevé les sujets sans s'être annoncée et caractérisée par des symptômes distincts (CCXIV, CCXVII, CCXXV). L'étonnement a été grand dans ces funestes occasions de trouver à la nécropsie des désordres considérables, des abcès, qui assurément n'avaient pu se former en quelques instants, et qui néanmoins avaient acquis un certain développement, malgré les apparences de la santé. Ces désordres s'étaient produits d'une manière tout à fait latente. Ils déconcertent le praticien, et doivent vivement provoquer son attention sur la symptomatologie, généralement fort obscure, des lésions cérébrales.

XI. La *céphalalgie*, dans l'inflammation des lobes antérieurs du cerveau, est assez fréquente, mais non constante, puisqu'on ne l'a bien constatée que 16 fois. Plusieurs malades étaient privés de la parole ou ils étaient assoupis, ou ils se bornaient à porter la main à la tête (CCXV). Cette céphalalgie était quelquefois gravative. Elle avait son siége au front, sur l'orbite de l'un ou de l'autre côté; elle n'a pas toujours été sentie du côté même où siégeait la phlegmasie découverte après la mort. Elle s'est montrée surtout la nuit (CCXXVII). Elle a été parfois accompagnée d'étourdissements, de vertiges (CCIV, CCV), de forts battements des artères carotides (CCVII).

XII. Les malades ont plusieurs fois perdu connaissance dès les premiers jours de la maladie (CCV, CCIX, CCXIII, CCXV, CCXVI, CCXXII, CCXXXI); mais, d'autres fois, l'intelligence est demeurée parfaitement libre et intacte (CCIII, CCIV, CCVII, CCVIII, CCXI, CCXIX, CCXX, CCXXI, CCXXIV, CCXXV, CCXXVII, CCXXXII).

XIII. La *parole* est restée facile dans un certain nombre de cas (CCXIX, CCXX, CCXXV, CCXXIX, CCXXX, CCXXXII); elle l'a du moins été pendant un temps, pour devenir ensuite lente (CCIV, CCXXXII) ou se perdre pendant les accès de souffrance (CCXXVII). Elle a été difficile, embarrassée (CCXI, CCXXIV, CCXXVIII), réduite à quelques mots (CCXVI) ou à quelques syllabes, ou même elle a été tout à fait nulle (CCV, CCVIII, CCX, CCXV, CCXVI, CCXXI), bien que l'intelligence soit restée entière et que les idées aient pu s'exprimer par des gestes (CCVIII).

XIV. Le *délire* a été un symptôme rare dans cette localisation de l'encéphalite; du moins, il n'a pas persisté ou n'a eu lieu que dans les derniers jours, ou a consisté en une simple lypémanie (CCI, CCIV, CCXII, CCXXIX).

XV. Il y a eu de l'agitation, mais, plus souvent, de la stupeur, de la somnolence, de l'assoupissement, du coma (CCII, CCIII, CCIV, CCV, CCVI, CCVII, CCIX, CCX, CCXIII, CCXVI, CCXXI, CCXXVII, CCXXX).

XVI. L'état des yeux n'a rien présenté de constant. Chez quelques sujets, il y a eu cécité d'un œil ou bien diplopie, ou strabisme, ou agitation convulsive, ou fixité des globes oculaires. Les changements présentés par l'état des pupilles n'ont été constatés que sept fois; elles étaient dilatées six fois (CCI, CCIII, CCIV, CCV, CCXVI, CCXXXI), et contractées une seule (CCXXX).

XVII. La face a été plus souvent rouge que pâle.

XVIII. L'exercice de la motilité a été parfois libre (CCIV, CCVII, CCXI, CCXIX); mais il a été plus souvent troublé. On a vu survenir des *convulsions* générales (CCV, CCXX, CCXXX), des convulsions partielles des membres droits, surtout du bras (CCV, CCIX, CCX) ou des membres gauches (CCVI, CCXX); quelquefois, successivement, du côté droit et du côté gauche

aux membres (CCVII) et à la face (CCV, CCVI, CXVII), ou aux deux membres supérieurs en même temps (CCXVIII). Il y a eu aussi, au lieu de convulsions, des tremblements ou des trémoussements (CCIII, CCXXVII).

XIX. La *paralysie* a été constatée au côté droit, principalement au bras (CCV, CCVIII, CCXV), ou au côté gauche (CCII, CCIII, CCIV, CCXIV, CCXV, CCXXI, CCXXVIII), souvent avec déviation de la langue vers le côté paralysé (CCIV, CCV, CCVIII).

Dans quelques cas, les quatre membres étaient paralysés (CCXXX), ou il y avait simple résolution à gauche et perte complète du sentiment et du mouvement à droite (CCXXII).

XX. La *contracture* a été plus souvent observée à gauche (CCVI, CCIX, CCXIV, CCXVIII, CCXXVIII, CCXXX) qu'à droite (CCXVI, CCXXXII). Les mâchoires ont été quelquefois serrées (CCIX, CCXV), et il y a eu, en outre, roideur générale (CCXXI). La résolution a parfois succédé à la contracture (CCXVI, etc.).

XXI. La *sensibilité* est restée intacte un certain nombre de fois (CCVII, CCXI, CCXV, CCXVI, CCXXI). Elle a été d'autres fois émoussée (CCI, CCIV, CCV, CCVIII). Dans un cas, on a vu se succéder des crampes, la paralysie, l'insensibilité, les mouvements convulsifs d'un côté, pour se généraliser ensuite (CCXXXI).

XXII. Le pouls a été ordinairement fréquent; mais, dans quelques cas, lent (CCXVIII, CCXIX, CCXXX); la respiration embarrassée, stertoreuse ou accompagnée de soupirs, de bâillements.

XXIII. Il n'y a eu de vomissements que chez quatre malades (CCX, CCXIII, CCXVI, CCXX). La déglutition a été parfois difficile, la langue sèche, la peau chaude. Il y a eu, dans un cas, fièvre et fuliginosités de la langue et des dents (CCXXVIII).

XXIV. La *marche* de la maladie a présenté les plus grandes irrégularités.

On a vu, je l'ai déjà dit, les accidents les plus graves, et la mort frapper à l'improviste. Tout le cours apparent de l'affection a semblé renfermé dans l'espace de quelques heures.

D'autres fois, la maladie a duré quatre (CCIX), cinq (CCII), six (CCIII, CCXXIV, CCXXX), sept (CCXV), huit (CCXIII, CCXVII), neuf (CCXVI, CCXXXII), douze (CCVIII), treize (CCXXXI), seize (CCVII), dix-sept (CCVI) vingt-un (CCXXII) et trente jours (CCI).

Elle a pu se prolonger un mois et demi, deux mois, quatre mois, un an; mais avec des degrés variés d'intensité. Elle a paru céder; on a cru que le malade était à peu près entré en convalescence depuis bien des jours, lorsque des douleurs atroces ou d'autres symptômes graves annonçaient un danger immédiat. La mort, en effet, ne tardait pas à survenir. De sorte que si l'encéphalite des lobes antérieurs s'est montrée parfois très insidieuse à son début, elle n'a pas été moins décevante à la fin chez un certain nombre de sujets (CCIV, CCXI, CCXXII, CCXXIII, CCXXIV, CCXXVI).

XXV. L'*examen cadavérique* a fait constater l'injection, la plénitude des vaisseaux du crâne, de la dure-mère, des méninges, et même parfois l'opacité ou la rougeur de celles-ci. Mais tout l'intérêt s'est attaché aux altérations des lobes antérieurs, lesquelles ont consisté en une rougeur avec induration ou ramollissement, ou suppuration.

XXVI. L'induration n'a été observée que chez deux individus. La maladie était récente, surtout chez l'un d'eux; l'injection vasculaire était très prononcée.

XXVII. Le ramollissement a été plus ou moins étendu, affectant la substance médullaire et envahissant aussi la substance corticale; mais en même temps celle-ci a pu se montrer plus ou moins consistante (CCXI). On a vu des points d'induration rouge se placer au centre du ramollissement (CCV, CCX, CCXVI) ou à côté (CCIII). Le ramollissement existait à des degrés variés, jusqu'à la diffluence, jusqu'à l'état de putrilage, avec des colorations rouge intense, rouge brune, rouge violacée, rosée ou jaunâtre, avec de nombreux points ecchymotiques ou même de petits épanchements de sang.

XXVIII. Les abcès développés dans l'un des lobes antérieurs ont eu la grosseur d'une noix, souvent d'un œuf de poule. Ils ont contenu un pus épais, jaune-verdâtre, parfois

fétide. Ils ont été tapissés par une fausse membrane molle et vasculaire composée d'une ou deux lames (CCXX, CCXXII, CCXXXI). Une fois, il y a eu deux abcès voisins communiquant ensemble (CCXX). Trois fois, le pus s'est fait jour dans le ventricule latéral (CCXX, CCXXIII, CCXXIV). Trois fois, il a paru plutôt infiltré dans la substance du lobe antérieur que colligé sous la forme d'abcès (CCXXV, CCXXVIII, CCXXX).

XXIX. Dans quelques cas de ramollissement et de suppuration, la phlegmasie s'est étendue à quelques parties voisines, par exemple au corps strié et au corps calleux (CCXIII, CCXV, CCXVI, CCXVII, CCXXIV, CCXXVIII).

XXX. Le plus souvent, un seul lobe antérieur a été phlegmasié. Seize fois, c'était le droit (CCI, CCIII, CCIV, CCVI, CCVII, CCXIII, CCXIV, CCXV, CCXVI, CCXXI, CCXXII, CCXXVI, CCXXVIII, CCXXIX, CCXXX, CCXXXI). Seize fois, c'était le gauche (CCIII, CCV, CCVIII, CCIX, CCX, CCXI, CCXII, CCXVII, CCXVIII, CCXIX, CCXX, CCXXIII, CCXXIV, CCXXV, CCXXVII, CCXXXII); mais trois fois, outre le lobe principalement affecté, celui du côté opposé présentait un certain degré de phlegmasie (CCVI, CCVII, CCXV), et dans ces cas les phénomènes spasmodiques s'étaient produits des deux côtés.

Généralement, la paralysie s'était manifestée du côté opposé à la lésion, excepté chez deux malades (CCII, CCXXII).

XXXI. Il a été rarement question d'épanchement séreux dans les ventricules, qui, une fois, contenaient de la sérosité sanguinolente (CCIV), une autre fois du sang pur (CCXVIII), et une troisième fois quelques gouttes de pus, bien que l'abcès ne s'y fût pas ouvert (CCXXIX).

7e SECTION. — ENCÉPHALITE AFFECTANT PRINCIPALEMENT LA RÉGION CENTRALE OU MÉDIANE DU CERVEAU.

Les parties qui peuvent être affectées dans les encéphalites de cette région centrale ou médiane sont le corps calleux, le septum lucidum, la voûte à trois piliers, les parois des ventricules latéraux et moyen ; et comme appendice se place ic l'inflammation du corps pituitaire.

Les modes d'altération subis par les parties affectées sont le ramollissement et la suppuration. Il peut, en outre, se former une fausse membrane à la surface interne des ventricules.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Encéphalite de la région centrale du cerveau, avec ramollissement.*

Le ramollissement des parties centrales du cerveau, et particulièrement du septum lucidum et de la voûte à trois piliers, est une altération extrêmement commune. Elle accompagne la plupart des épanchements ventriculaires. On l'observe dans des cas nombreux de fièvres, de méningites simples, granuleuses, ventriculaires, etc. Il peut aussi exister seul et former une des localisations du ramollissement essentiel. Mais ici nous devons l'étudier comme l'un des effets de l'inflammation des parties centrales du cerveau.

CCXXXIII^e OBS. — Fille, dix-huit mois, constitution scrofuleuse; dentition tardive et difficile, ventre dur et douloureux. 1er juillet, convulsions. 20, maigreur, tristesse, assoupissement, œil fixe, tourné en haut; serrement des mâchoires, grincement des dents, vomissements, diarrhée, pouls irrégulier, lent ou fréquent. 24, roideur des membres droits, pupilles dilatées. 25, extension et roideur du bras droit, face tantôt pâle, tantôt rouge. 27, extension convulsive des membres avec les doigts fléchis; le corps semble n'être que d'une pièce; yeux injectés, strabisme. 28, membres froids, extrémités violacées, pupilles contractées, apparition d'une nouvelle dent, pouls insensible. Mort. — Pas de rigidité cadavérique. Surface du cerveau rouge et injectée. A gauche, un très grand nombre de granulations albumineuses, naissant de la face interne de l'arachnoïde. Ventricules contenant un verre d'un liquide blanchâtre, où nagent des flocons de substance cérébrale provenant des parois diffluentes, désorganisées et rougeâtres. Un vaste ramollissement occupe le lobe postérieur gauche. Au dessous de cette substance ramollie et rouge existent de nombreuses granulations grisâtres et dures. Dans ce vaste foyer pénètre un gros vaisseau que remplit un caillot de sang. Cervelet mou. Moelle allongée très ferme. Ganglions mésentériques volumineux. Ulcérations dans l'intestin grêle et dans le gros. Poumons parsemés de granulations tuberculeuses. Ganglions bronchiques gonflés [1].

[1] Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 47.

CCXXXIV^e Obs. — Garçon, trois ans; plusieurs chutes. Affaiblissement graduel, marche presque impossible, tremblement des mains, tressaillements, céphalalgie, vomissement, assoupissement, urine trouble, blanche; pupilles dilatées, oscillantes, puis immobiles; vue trouble, mouvements convulsifs des yeux, convulsions, mouvements de rotation de la tête. — Cerveau mou. Beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux, très distendus, surtout en arrière. Septum lucidum détruit. Corps striés et couches optiques ramollis, méconnaissables, en bouillie informe. Les lobes antérieurs conservent leur consistance. Cervelet mou, contenant quelques concrétions tophacées. Un peu d'eau dans le canal rachidien (1).

CCXXXV^e Obs. — Fille, quatre ans, entéro-colite, tubercules bronchiques. Avril, agitation, fièvre forte, vomissement, dyspnée, convulsions, opisthotonos, intellect sain. Mort. — Injection du cerveau. Beaucoup de sérosité trouble dans les ventricules, dont les parois sont ramollies, ainsi que la voûte, le septum et le corps calleux. Toutes ces parties sont piquetées de sang. Membranes rachidiennes distendues par de la sérosité. Moelle saine (2).

CCXXXVI^e Obs. — Fille, six ans. Il y a deux mois, diarrhée, maigreur; puis douleur abdominale, vomissements, constipation, céphalalgie frontale, mouvements convulsifs du bras et de la jambe droits, pouls 40. Treizième jour, stupeur, coma, pouls 70-80. Mort le quinzième jour. — Ventricules pleins de sérosité incolore. Septum perforé et présentant un cercle rouge autour de la perte de substance. Parois ventriculaires injectées, ramollies. Quelques petits tubercules dans le lobe antérieur gauche, lequel est, en ce point, rouge et dur. Colite chronique (3).

CCXXXVII^e Obs. — Homme, dix-neuf ans, chute. Quelques jours après, malaise, fatigue, frissons irréguliers; puis céphalalgie, délire, alternatives de coma et d'agitation, face injectée, contracture des membres droits, pouls 96, abolition de la vue, médiocre dilatation des pupilles, écume à la bouche, insensibilité de la peau, stertor, mort. — Sécheresse des méninges. État poisseux de la surface de l'arachnoïde. Ramollissement rougeâtre des parois ventriculaires au devant du corps strié gauche. Grande quantité de sérosité limpide dans les ventricules. Ramollissement de la voûte et du septum. Tubercules pulmonaires et spléniques (4).

(1) Maltbey, *Mémoire sur l'Hydrocéphalie*, p. 198.
(2) Charpentier, *Traité de la Méningo-encéphalite*, 21e obs., p. 209.
(3) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 174.
(4) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 497.

CCXXXVIII[e] Obs. — Homme, robuste, vingt ans. 18 septembre, céphalalgie, insomnie, délire, face colorée, pouls 60, puis 80 et 90; stupeur, coma. Mort le 27. — Sérosité à la base du crâne et surtout dans les ventricules. Voûte réduite en bouillie blanchâtre. Septum perforé. Ramollissement des parois ventriculaires. Fausse membrane sur le cervelet (1).

CCXXXIX[e] Obs. — Homme, vingt-sept ans, lymphatique, nerveux. 30 octobre, fièvre catarrhale; céphalalgie intense. Du 6 au 11 novembre, délire violent, loquace; agitation, hoquet, langue rouge, constipation, rétention d'urine, pouls dépressible, non fréquent; crachottement de matières jaunâtres. 11, délire, cris, chants; face hippocratique, cornées ternes, pouls faible, irrégulier, non fréquent; pas de chaleur; mains souvent portées à la tête, qui est très douloureuse; ventre souple. 12, abattement, pouls petit, un peu fréquent; urines rendues par la sonde, sanguinolentes. Mort le 13. — Cerveau injecté. Ventricules latéraux et moyen pleins de sérosité. Injection diffuse du pont de Varole. Ramollissement de la partie antérieure de la voûte à trois piliers, avec perte de substance de quelques millimètres et brides s'étendant d'un point à l'autre. Extrémité antérieure des cornes d'Ammon ramollie, blanchâtre. Veines du corps strié gauche gorgées de sang. Vésicule du fiel pleine de bile noire. Hypertrophie et petits graviers dans le rein gauche. Hypertrophie du droit (2).

CCXL[e] Obs. — Galérien du bagne de Toulon, quarante-un ans, chagrin profond; tristesse, silence, somnolence. Au bout de deux mois, violente douleur de tête avec engourdissement de la moitié droite du corps; cependant, possibilité de travailler encore pendant quinze jours. Alors, céphalalgie sus-orbitaire intense, anorexie, chaleur et douleur à l'épigastre, nausées, constipation, pouls développé, pas de fièvre, hoquet violent et continu, rire sardonique, déglutition de plus en plus difficile, intellect sain, côté droit du corps engourdi, mais sensible. Mort au bout de quatorze jours. — Cavité de l'arachnoïde cérébrale sèche. Vaisseaux de la pie-mère et de la surface du cerveau très injectés. Ventricules distendus par beaucoup de sérosité trouble. Couches optiques, corps striés, trigone, partie antérieure des ventricules, etc., ramollis à divers degrés. Injection vasculaire de ces organes. Cervelet et protubérance ramollis. Arachnoïde du cervelet siége d'une inflammation récente. Hydrorachis (3).

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 180.
(2) Castan, *Montpellier médical*, 1859, t. II, p. 321.
(3) Dubruel, *Annales de la Médecine physiologique*, 1822, t. I, p. 495.

CCXLI[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans; claudication depuis cinq ans par suite de fracture de la jambe; pas de paralysie; céphalalgie, étourdissements. Mort en dix-sept heures, par une hémorrhagie du lobe gauche du cervelet. — On trouve, de plus, beaucoup de sérosité dans les ventricules et un ramollissement avec points rouges et teinte rosée du septum, de la voûte et de la face inférieure du corps calleux; en outre, ramollissement des parois des ventricules, principalement du droit, avec taches rougeâtres. Du plancher inférieur de ce ventricule naissent trois petites végétations pisiformes, formées par un tissu grisâtre, consistant (1).

Deuxième série. — *Encéphalite des parties centrales du cerveau, avec suppuration.*

Les exemples d'encéphalite centrale avec suppuration ne sont pas rares; mais il en est peu qui soient exempts de complication. La présence du pus dans les ventricules a pu provenir d'un abcès situé dans l'un des lobes ou dans les corps striés ou les couches optiques. Il y a donc lieu de mettre dans les recherches le soin nécessaire pour éviter cette confusion.

CCXLII[e] Obs. — Enfant, deux ans. Au commencement de mars, affection vermineuse, fièvre et symptômes cérébraux; convulsions du côté gauche seulement, se renouvelant souvent pendant deux jours et devenant générales. Perte de connaissance, diarrhée; pas de vomissements, coma pendant vingt heures, et mort. — Septum dilacéré, corps calleux et voûte à trois piliers en suppuration; pas d'autre lésion de l'encéphale (2).

CCXLIII[e] Obs. — Fille, neuf ans et demi, constitution faible; toux ancienne, ophthalmie récente. 10 juillet, prononciation embarrassée. 13, vomissements, convulsions. 14, résolution complète des membres, sensibilité tactile non entièrement éteinte. Pupille gauche un peu dilatée et contractile. Mouvement continuel de rotation des globes oculaires. Langue à moitié hors de la bouche et repliée. Respiration lente, peau moite, pouls variable, lent ou fréquent. 15, motilité rétablie, surtout aux membres gauches; agitation, mouvements désordonnés, pas de cris. Le soir, contracture aux membres supé-

(1) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 384.

(2) Abrweilber, *De nonnullis casibus morborum cerebri in clinico medico bonnensi observatis*. Bonnæ, 1841, p. 5.

rieurs, avec flexion des doigts et des poignets; pouls 130, déglutition facile. 17, pupille gauche immobile, non dilatée; face chaude, inondée de sueur; tremblement spasmodique des tendons. 18, pouls extrêmement faiblé, mâchoires un peu serrées, légère rigidité des membres. Respiration très calme, convulsions générales. Mort. — Infiltration sanguine générale de la pie-mère. Ramollissement de la substance grise; dépôt consistant, épais, d'aspect gélatineux, à la base, dans l'espace sous-arachnoïdien antérieur. Ventricule latéral gauche distendu par une grande quantité de pus verdâtre, inodore, comme phlegmoneux et de consistance crémeuse. Parois de ce ventricule diffluentes et en lambeaux. La paroi supérieure est jaune-verdâtre et désorganisée, le septum lucidum détruit; la moitié antérieure du ventricule droit est pleine de pus, la moitié postérieure contient une petite quantité de liquide séro-purulent floconneux. Dans le lobe antérieur gauche, deux abcès, dont l'un est tapissé par une fausse membrane. Tubercules miliaires dans les poumons et les ganglions bronchiques (1).

CCXLIVe Obs. — Jeune homme, dix-neuf ans. Au commencement de novembre, céphalalgie, vomissement, fièvre modérée, assoupissement, stupeur, délire, inappétence; pas de soif. Déglutition facile, urine rendue involontairement, respiration naturelle. Mort le 17. — Vaisseaux des méninges pleins de sang, surtout vers le sinciput. Dans les ventricules, surtout dans le gauche et dans le troisième, matière purulente, épaisse, comme une pâte liquide, trouble. En râclant cette matière, on trouve la surface interne des ventricules rugueuse, inégale et de teinte jaunâtre brune. Dans le ventricule droit, cette matière, épaissie, en avait agglutiné les parois. Le plexus choroïde en est lui-même tapissé. Hydropéricarde; adhérences des poumons aux parois thoraciques (2).

CCXLVe Obs. — Fille, vingt-trois ans, robuste, domestique, ayant porté sur la tête, par l'été brûlant de 1667, une charge assez lourde de fourrages. Depuis cette époque, légère incontinence d'urine, mais menstruation régulière, et apparences de bonne santé. En décembre, course rapide, sueur, refroidissement. Bientôt après, faiblesse du pied gauche, et ensuite perte du sentiment et du mouvement dans tout le côté gauche.. Déviation de la face à droite. Parole difficile. Délire pendant quatorze jours. Douleur vive au sommet de la tête et à l'œil droit. Dans les premiers jours, urines fort abondantes, mais retenues à volonté. Au bout de huit semaines, diminution de la céphalalgie, retour de la parole. Quelques mouvements peuvent être

(1) J. B. Durand, dans Barthez et Rilliet, *Maladies des Enfants*, 1853, t. I, p. 147.

(2) Theoph. Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 159. *De soporosis affectibus*, obs. XVI.

exécutés par les membres gauches; il s'y manifeste des mouvements convulsifs. Les forces reviennent; mais au mois d'août, après avoir bu du vin, la céphalalgie augmente; il survient des vertiges, de la douleur à la plante du pied droit. Pendant les derniers mois de l'année, il se produit un œdème des extrémités inférieures; il se manifeste des symptômes de phthisie pulmonaire; enfin, dans le mois de mars 1669, il survient une gangrène à la jambe droite, du délire; mais les sens conservèrent leur activité jusqu'à la mort, arrivée bientôt après. — Taches livides sur les membres. Sang très fluide dans les vaisseaux cérébraux. Infiltration séreuse, gélatiniforme à la surface des hémisphères. Beaucoup de sérosité trouble dans le ventricule droit, à la paroi externe duquel se trouve une tumeur, que Wepfer qualifie d'abcès, contenant une eau trouble et brunâtre, et reposant sur un fond de substance cérébrale ramollie et corrodée. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules gauche et moyen. Plexus choroïdes très vésiculeux. Ramollissement à la base de l'hémisphère gauche et dans la substance du cervelet. Moelle ferme, injectée, entourée de sérosité sanguinolente et amoindrie du côté gauche (1).

CCXLVIe Obs. — Soldat, vingt-six ans, sec et nerveux; ventre tendu, toux, tristesse, violentes douleurs de tête, marasme. 10 juillet, insensibilité presque absolue, bouche déviée à gauche, parole nulle, intellect paraissant conservé. Douleur de tête intense à droite. Membres inférieurs demi-fléchis, le gauche plus roide que le droit; pupilles très dilatées, gémissements, perte de connaissance, et mort le huitième jour. — Trois à quatre onces de sérosité sur l'hémisphère gauche, sous la dure-mère; arachnoïde grisâtre, injectée, adhérente par des fausses membranes à la pie-mère, qui est couverte de granulations d'aspect lardacé, se prolongeant dans les anfractuosités. Plusieurs onces de sérosité dans le ventricule latéral gauche. Dans le droit, point de sérosité, mais fonte purulente de tout le pilier postérieur de la voûte; fonte de même nature dans le plancher du ventricule. Plexus choroïdes très engorgés, avec granulations. Plèvres et poumons tuberculeux. Péritoine affecté de granulations et d'ancienne phlegmasie; ulcérations intestinales, etc. (2).

CCXLVIIe Obs. — Femme, quarante ans; cancer à la jambe, amputation. Quarante-trois jours après, lividité du moignon, puis fièvre aiguë; parotide droite extrêmement tuméfiée, sueurs; résolution de la parotide. Trois mois après l'amputation, état apoplectique,

(1) Wepfer, *Obs. anat. ex cad. eorum quos sustulit Apoplexia.* Amstelodami, 1681, p. 392, obs. XIV.

(2) Chauffard, *Journal général de Médecine*, 1826, 2e série, t. XXXV, p. 10.

délire, convulsions; hémiplégie du sentiment et du mouvement du côté droit du corps. Rémission pendant quelques jours, et mort. — Beaucoup de pus dans le ventricule gauche du cerveau, sans aucune lésion dans cet organe ([1]).

CCXLVIII[e] Obs. — Homme, quarante-huit ans, marin; hémoptysie; pouls 112, toux, expectoration. Délire, coma, pouls faible; évacuations rendues avec conscience, point de céphalalgie. Pleurésie chronique, pus dans le thorax. — Dessous la partie antérieure du corps calleux, au centre du cerveau, un peu plus du côté de l'hémisphère droit, cavité capable de loger une noix contenant un pus épais et des caillots de sang. Substance cérébrale voisine ramollie ([2]).

CCXLIX[e] Obs. — Marchetti, professeur de mathématiques, quatre-vingt-un ans; ancienne dysurie. En août, accès d'épilepsie, qui se répètent; le cinquième jour, attaque d'apoplexie, avec écume à la bouche, et mort au bout de trente heures. — Tous les vaisseaux encéphaliques gorgés de sang. Substance corticale du cerveau d'une extrême mollesse, abcès dans le ventricule gauche rempli d'une matière livide, et plexus choroïde en partie détruit et corrompu ([3]).

Troisième série. — *Encéphalite des parties centrales du cerveau, avec production pseudo-membraneuse dans les ventricules.*

Les deux faits qui vont suivre ont été recueillis dans mon service. Ils l'ont été avec toute l'attention propre à leur donner quelque importance, à cause de la rareté de ce genre d'altération en pareille circonstance.

CCL[e] Obs. — Pierre Boissonneau, âgé de soixante-trois ans, de Duras (Lot-et-Garonne), marchand ambulant, d'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin, est apporté à l'hôpital Saint-André le 25 décembre 1851. Il est sans connaissance; les personnes qui l'ont accompagné ne peuvent donner aucun renseignement. La face est rouge, les conjonctives sont injectées, les pupilles ne sont pas dilatées; il est impossible d'obtenir une réponse quelconque; la sensibilité est émoussée; aucun mouvement ne peut être provoqué; le pouls est petit, dépressible, à 76. (Infusion d'arnica;

([1]) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. V, n° 4.

([2]) Powell, *Medical Transactions*, t. V, p. 246.

([3]) Vallisnieri, *Ephem. nat. curiosor.*, cent. 8, append., p. 72.

vésicatoires aux jambes; sinapismes aux pieds.) 28, pouls assez fréquent et très faible, coma, respiration stertoreuse. Il existe une certaine rigidité des membres; si on les soulève, ils ne retombent que lentement. Sensibilité nulle, ne pouvant être éveillée par aucun excitant. Mort le soir.

Nécropsie. — Pas d'amaigrissement. Membres supérieurs d'une extrême rigidité. Sur la surface supérieure des deux hémisphères, au voisinage de la scissure médiane, l'arachnoïde est épaisse, blanchâtre et adhérente à la dure-mère. Les substances grise et blanche ont une teinte un peu rosée. Le ventricule latéral gauche est très large; il contient un liquide trouble, et offre, vers sa partie postérieure, près de la cavité ancyroïde et sur sa paroi externe, un ramollissement et une érosion d'environ 3 centimètres. La substance cérébrale est, en cet endroit, d'une couleur un peu jaunâtre. L'extrémité antérieure du ventricule est recouverte par une concrétion membraniforme épaisse, molle, blanchâtre, non organisée, qui s'étend sur les côtés de cette cavité en s'amincissant. Les autres parties de l'encéphale ne présentent rien à noter, ainsi que les organes thoraciques et abdominaux.

CCLI^e^ Obs. — Élisabeth Bruand, âgée de soixante-six ans, de Bordeaux, mariée, d'une taille élevée, d'une bonne constitution, d'une conformation régulière, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est atteinte depuis longtemps de douleurs dans la région lombaire, qu'elle soulage en s'enveloppant dans une couverture de laine. Le 10 juillet 1844, cette femme s'expose à l'impression d'un air très frais ayant le corps en sueur. Des douleurs dorsales et lombaires se reproduisent avec une très grande intensité; tout mouvement est interdit; il survient aussi une céphalalgie vive, et la surdité à laquelle la malade est sujette devient presque complète. (Boissons délayantes et diaphorétiques; 6 sangsues à l'épigastre; sinapismes aux pieds.)

Bruand entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de la Clinique interne, le 26 juillet : Peau d'une température normale, pouls peu développé, 68; face légèrement injectée, céphalalgie; douleur lombaire augmentant par le moindre mouvement imprimé au tronc et aux membres supérieurs; toux légère, sèche; point de dyspnée, percussion douloureuse au-dessous du sein droit, sonore dans les divers points du thorax; léger râle muqueux sous les clavicules, respiration obscure au côté droit du thorax. (4 ventouses scarifiées sur la région lombaire.)

27, peau chaude, pouls dur, peu fréquent; face colorée. 28, amélioration; moins de douleurs lombaires, peau moite. 29, même état; le matin, le soir, peau ardente, tension et sensibilité du ventre,

pouls fréquent. 30, mêmes symptômes. (3 ventouses scarifiées sur l'épigastre, qui est plus douloureux que les autres régions de l'abdomen.) Du 31 juillet au 13 août, diminution des douleurs abdominales, diarrhée, immobilité des membres inférieurs, eschare considérable sur le sacrum, céphalalgie, insomnie, surdité; l'intelligence est assez nette et la parole facile. (Décoction blanche de Sydenham; lavements laudanisés; bouillon, crème de riz.) 14 août, pouls peu fréquent, une seule selle liquide, ventre peu tendu, langue humide, faiblesse générale, somnolence, yeux ternes, les pupilles sont contractiles d'une manière égale des deux côtés et ne sont pas dilatées; le soir, pouls fréquent et très déprimé. Du 15 au 25, même état; progrès de l'ulcération de la région sacrée, cessation de la diarrhée, extrême faiblesse du pouls; point de délire ni d'autres symptômes cérébraux, mais état de somnolence continuelle. 27 et 28, affaiblissement très grand, pouls imperceptible. Mort le 29 août.

Nécropsie. — Maigreur considérable. Souplesse des articulations. Large ulcération mettant le sacrum presque à nu.

Les méninges cérébrales sont dans un état à peu près normal. L'arachnoïde seulement est un peu épaissie et soulevée par de la sérosité. La substance cérébrale ne présente rien de particulier, si ce n'est du ramollissement à la partie postérieure des ventricules latéraux, et principalement à droite. Les ventricules renferment 25 à 30 grammes de sérosité trouble, opaque. Dans le ventricule droit, dont les parois sont injectées et comme érodées, se trouve une fausse membrane blanchâtre et mince. Quelques fragments nagent dans le liquide. Le septum lucidum et la voûte à trois piliers sont presque diffluents. La face inférieure du cerveau et le cervelet n'offrent rien d'anormal. Dans le canal rachidien, vers le milieu de la région dorsale, le tissu cellulo-adipeux qui entoure la dure-mère est un peu induré et rougeâtre. Quant aux méninges, elles sont saines; mais, inférieurement, dans le canal sacré, il se trouve une matière liquide teinte en jaune, qui a l'aspect du pus. La moelle est normale; toutefois, son extrémité inférieure est peut-être un peu plus molle qu'à l'ordinaire. Les viscères thoraciques et abdominaux sont très sains.

QUATRIÈME SÉRIE. — *Inflammation de l'hypophyse ou corps pituitaire.*

CCLIIe OBS. — Femme, atteinte de douleur chronique de la face avec perte de l'odorat; éclampsie. Mort. — Glande pituitaire volumineuse et pleine de pus. Les parties voisines et le nerf olfactif en étaient comprimés (1).

(1) Oppert, *De Vitiis nervorum organicis.* Berolini, 1815, p. 16.

CCLIII° Obs. — Un Péruvien ayant servi plusieurs années dans l'armée espagnole et éprouvé de grandes inquiétudes, est atteint depuis deux ans de céphalalgie. Sentiment de pression, de serrement sur le milieu du front; diminution de la vue, ensuite cécité de l'œil droit, puis de l'œil gauche; malaise à l'épigastre, anorexie, disposition au vomissement, intellect intact. Attaque d'apoplexie; après l'emploi d'un vomitif, retour de l'état antérieur, mais avec affaiblissement intellectuel; ouïe parfaitement conservée. Mort. — Arachnoïde épaissie à la partie supérieure du cerveau. Sérosité abondante dans les ventricules. Glande pituitaire cinq ou six fois plus grosse qu'à l'état normal. Selle turcique élargie en proportion. Sur cette glande, entre les nerfs optiques, une tumeur ovalaire occupe la place de l'infundibulum et s'étend jusqu'au troisième ventricule. Cette tumeur contient une matière purulente épaisse. Les plexus choroïdes sont un peu épaissis (1).

CCLIV° Obs. — Homme, vingt-six ans, délicat, ensuite actif et robuste, exposé aux intempéries; excès de danse. Depuis six ou huit semaines, disposition à l'assoupissement; amélioration, puis imprudences diverses; céphalalgie, insomnie, incohérence des paroles; ensuite, stupeur, silence, pouls fréquent, inappétence, coma, lenteur du pouls, 40. Onzième jour, mains convulsées, mâchoires serrées, extrémités froides, pouls imperceptible. Douzième jour, retour de la connaissance, de l'appétit; mais perte de la mémoire, paralysie des sphincters, de l'orbiculaire droit des paupières; stupeur, crampes. Cet état dure du mois de février à celui de septembre; pleurésie. Mort. — Nerfs optiques enveloppés par une tumeur mollasse, d'un gris foncé, grosse comme une noix, située dans la selle turcique, et s'étendant en arrière jusqu'au mésocéphale, et sur les côtés, jusqu'aux scissures de Sylvius. En la détachant, il s'en écoule une matière épaisse, d'un rouge foncé et comme purulente, contenue dans une espèce de cavité. Au-dessous se trouve un liquide clair et rougeâtre. 12 à 14 drachmes de sérosité dans les ventricules. Tubercules quadrijumeaux aplatis. La fosse moyenne de la base du crâne est couverte de stalactites ou petites exostoses se logeant dans des anfractuosités du lobe moyen du cerveau. Pas de tubercules dans les poumons. Fausses membranes à leur surface (2).

CCLV° Obs. — Homme, quarante ans. Céphalalgie d'abord légère, puis continue et violente. Mort au bout de deux ans. Dans les trois derniers mois, stupidité, assoupissement sans véritable sommeil, vue

(1) Powell, *Medical Transactions*, t. V, p. 228.

(2) Heslop, *Dublin quarterly Journ. of med. Sciences*, nov. 1848. (*Archives*, 4e série, t. XIX, p. 88.)

très faible, défaillances et fièvre de temps à autre. — Beaucoup de sérosité entre la dure-mère et la pie-mère. Substance cérébrale plus dense et plus sèche qu'à l'ordinaire. Plexus choroïdes volumineux. Inflammation à la partie inférieure de l'entonnoir. Glande pituitaire rouge et dure, deux fois plus grosse qu'à l'état naturel, s'élevant beaucoup au-dessus de la selle. Au milieu de cette glande se trouve du pus de la grosseur d'un pois, épais, visqueux, blanc-jaunâtre (1).

CCLVI^e Obs. — Homme, qnarante-huit ans, robuste; il n'avait jamais souffert de la tête. Depuis quatre ou cinq mois, vue troublée, pesanteur au front; les jambes ne sont pas très solides. Par moments surviennent des élancements analogues à ceux de l'ataxie locomotrice. Pupilles larges et un peu mobiles. Vue très affaiblie, distingnant à peine les grosses lettres et les couleurs. L'ophthalmoscope fait constater l'atrophie des deux papilles. État stationnaire pendant deux semaines. Dans la nuit du 22 au 23 août, vomissements violents, vives douleurs de tête, perte de connaissance. Le lendemain, coma, mouvement continuel des mâchoires; pas de réponses aux questions; yeux fermés, pupilles extrêmement dilatées et immobiles; résolution complète des membres droits. Par l'ophthalmoscope, on découvre une névrite optique double; les veines sont excessivement tortueuses et variqueuses, principalement au voisinage de la papille, qui est gonflée et œdémateuse, sans rougeur. Troisième jour, légère déviation de la bouche à gauche. Infiltration et engorgement œdémateux plus considérables dans la papille gauche. 29 août, hémiplégie de plus en plus prononcée. Agonie, mort. — Beaucoup de liquide céphalo-rachidien. Cervelet ramolli, liquide sanguinolent dans les ventricules latéraux. Noyau apoplectique dans le corps strié gauche; bandelettes optiques très ramollies et atrophiées, au point qu'on les distingue à peine à la surface des pédoncules cérébraux; en avant, elles sont gonflées et ramollies, ainsi que le chiasma lui-même. La glande pituitaire a acquis un volume considérable; elle est très rouge, vasculaire et distendue par le sang. État normal des autres parties. L'examen microscopique des bandelettes optiques et du chiasma y a fait voir une grande quantité de corpuscules granuleux, et l'état athéromateux des petits vaisseaux. La glande pituitaire a offert des dilatations capillaires et des épanchements sanguins (2).

CCLVII^e Obs. — Scieur de long, soixante-quatre ans; malade depuis quatorze jours. 18 mai, pâleur, abattement, décubitus dorsal, œdème autour des malléoles, délire, plaintes, voix tremblante, res-

(1) Littre, *Mémoires de l'Académie royale des Sciences de Paris*, 1707, p. 125.
(2) Galezowski, *Union médicale*, 1866, t. XXXI, p. 451.

piration haute, accélérée, très pénible; pouls petit, battements énergiques du cœur, avec bruit de souffle. 29, corps incliné à droite, muscles du cou et du tronc de ce côté spasmodiquement contractés; sorte de pleurosthotonos, pouls filiforme. Mort. — Quantité notable de sérosité lactescente dans la cavité de l'arachnoïde. Pie-mère de la convexité infiltrée par un liquide semblable à une crème épaisse. Glande pituitaire remplacée par une collection de pus. Altération grave des valvules aortiques ([1]).

Résumé des observations d'encéphalite siégeant dans la région centrale ou médiane du cerveau.

I. Ces observations sont au nombre de 25, divisées en : 1° celles qui sont relatives aux parties médianes du cerveau, telles que le corps calleux, le septum, le trigone, les parois ventriculaires; 2° celles qui se rapportent à l'hypophyse et à sa tige. Les premières, au nombre de 19, sont comprises en trois séries, selon que les parties affectées sont ramollies, en suppuration ou tapissées par une concrétion membraneuse. Les secondes sont au nombre de 6.

II. Ces faits ont été observés chez 15 individus du sexe masculin et 9 du sexe féminin.

III. Parmi ces sujets :

6	étaient âgés	de 1 à 10 ans.
3	—	de 11 à 20 —
4	—	de 21 à 30 —
2	—	de 31 à 40 —
3	—	de 41 à 50 —
3	—	de 61 à 70 —
1	avait 75 ans.	
1	autre 81 ans.	

On remarquera que la période de 51 à 60 ans ne compte pas dans ce tableau, qui montre la disposition des jeunes sujets aux lésions des parties centrales du cerveau.

IV. Parmi les *causes* présumables de cette localisation de l'encéphalite, on a signalé des chutes sur la tête (CCXXXIV,

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 39.

CCXXXVII); les effets de la percussion et de l'ébranlement ont atteint plutôt une région profonde que les parties superficielles voisines des points frappés. On cite encore le cas d'une pression fréquente et prolongée sur le sommet du crâne, avec le concours d'une température atmosphérique très élevée (CCXLV). J'ai rapporté un fait dans lequel l'exposition à l'air frais, pendant que le corps était en sueur, fut bientôt suivie de symptômes de phlegmasie cérébrale (CCLI). De vifs chagrins ont, dans deux cas, précédé le développement de l'encéphalite (CCXL, CCLIII).

V. Les *symptômes* dépendants de l'inflammation des parties centrales du cerveau ont été les suivants :

La céphalalgie, occupant le sommet de la tête ou une orbite, ou une région temporale, ou le milieu du front, a été notée 14 fois; un délire, quelquefois loquace, avec cris, etc., 9 fois; la somnolence, le coma, 13 fois; les convulsions et les phénomènes spasmodiques partiels, rire sardonique, serrement des mâchoires, état tétanique, contracture, 14 fois.

Les paralysies ont été plus rares. Je ne trouve que trois exemples d'hémiplégie, deux à droite (CCXLVII, CCLVI), un à gauche (CCXLV), deux cas de perte du mouvement très limitée (CCXLVI, CCLIV), et un de résolution générale des membres (CCXLIII).

La sensibilité a été souvent conservée. Il y a eu de l'engourdissement chez un sujet (CCXL), de l'anesthésie cutanée chez trois autres (CCXXXVII, CCXLVI, CCL).

L'examen des yeux offre ici de l'intérêt. Ces organes ont été ternes (CCLI), fixes (CCXXXIII) ou agités de mouvements de rotation (CCXLIII), atteints de strabisme (CCXXXIII). Les pupilles ont été resserrées (CCXXXIII), puis et plus souvent dilatées (CCXXIII, CCXXXIV, CCXXXVII, CCXLIII, CCXLVI, CCLVI). La vue s'est obscurcie peu à peu, et s'est complètement perdue (CCXXXIV, CCXXXVII, CCLIII, CCLV, CCLVI). Ce sont surtout les inflammations de l'hypophyse qui ont exercé une influence fâcheuse sur la fonction visuelle. On a constaté, dans un cas

de ce genre, à l'aide de l'ophthalmoscope, l'atrophie des papilles et une névrite optique (CCLVI).

La surdité (CCLI), l'anosmie (CCLII) ont été notées. La parole n'a été que rarement et momentanément enrayée (CCXLIII, CCXLV).

La respiration a été plus ou moins gênée. Le hoquet est devenu fatigant chez deux malades (CCXXXIX, CCXL).

Le pouls a été ordinairement fréquent; il était lent chez deux malades (CCXXXIII, CCXXXVI).

Des nausées, des vomissements ont eu lieu chez six (CCXXXIII, CCXXXV, CCXXXVI, CCXLIII, CCXLIV, CCLIII). On a noté la gêne de la déglutition. Les déjections ont été quelquefois involontaires.

La maladie a pu se terminer en moins de trente heures (CCXLI, CCXLIX); d'autres fois, elle a duré de sept à vingt-huit jours. Elle s'est prolongée huit mois et même deux ans. Mais il est possible que l'altération ventriculaire ne se soit produite ou aggravée que dans les derniers temps.

Les *altérations* les plus remarquables ont été l'accumulation dans les ventricules d'une certaine quantité de sérosité trouble, blanchâtre; un ramollissement du corps calleux, du septum, de la voûte, des parois ventriculaires, avec coloration rougeâtre ou rosée; l'érosion de ces parties, la déchirure du septum. La fonte purulente des parois, et la présence d'une certaine quantité de pus dans les ventricules ont été constatées plusieurs fois (CCXLI, CCXLV, CCXLVI, CCXLVII, CCXLVIII, CCXLIX). Chez deux sujets, j'ai trouvé dans les mêmes cavités, indépendamment d'érosions et d'exsudations, des concrétions membraniformes molles, épaisses ou minces, blanchâtres, non organisées et peu adhérentes, sur quelques points de l'intérieur des ventricules. Dans ces divers cas, il était facile de reconnaître qu'il ne s'agissait pas d'une méningite ventriculaire, mais d'une lésion plus ou moins profonde de la substance encéphalique.

Le corps pituitaire s'est présenté dans six cas comme étant le siége de l'altération principale. Il était volumineux,

rouge, très vasculaire (CCLVI); mais, de plus, il contenait une collection purulente assez considérable (CCLII, CCLIV, CCLV, CCLVII). On a vu aussi le pus envahir l'infundibulum (CCLIII).

On a constaté quelques coïncidences; l'une des plus remarquables est un ramollissement du lobe postérieur gauche, dans lequel pénétrait un vaisseau obstrué par un caillot (CCXXXIII). On a noté aussi l'état athéromateux des petits vaisseaux encéphaliques (CCLVI).

8e SECTION. — ENCÉPHALITE AFFECTANT PRINCIPALEMENT LES CORPS STRIÉS ET LES COUCHES OPTIQUES.

Ces organes peuvent être enflammés isolément ou simultanément.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Inflammation des corps striés.*

Cette inflammation produit le ramollissement ou la suppuration.

a. — *Inflammation des corps striés, avec ramollissement.*

CCLVIIIe OBS. — Enfant, trois ans, convulsions générales; yeux hagards, immobiles; pupilles dilatées; pouls petit, fréquent; respiration entrecoupée, difficile, intellect aboli. Au bout de cinq heures, hémiplégie droite, agitation des membres gauches, yeux déviés à gauche, courte amélioration. Mort quarante heures après l'invasion. — Corps strié gauche ramolli en bouillie rouge brun. État normal des autres parties [1].

CCLIXe OBS. — Homme, vingt-cinq ans, symptômes d'hypertrophie du cœur, hydropisie. Pendant quelques semaines, hémiplégie gauche, délire, coma, qui cessent, puis reviennent et disparaissent, pour se reproduire. L'hémiplégie revient pour la quatrième fois, avec déviation de la bouche et de l'œil gauche; forte douleur rapportée à la suture coronale; délire maniaque, faiblesse et irrégularité du pouls. A la fin, quelques convulsions, et mort après quatre ans de maladie. — Corps strié droit d'une couleur jaune sombre, considérablement ramolli. Sa pulpe ressemble à du pus. Une membrane très tenue, sépare du ventricule, ce tissu presque fluctuant.

[1] Niroch, *Wochenschrift für, etc.* (*Archives*, 1837, 2e série, t. XV, p. 226.)

Ramollissement peu étendu du corps strié gauche. Hypertrophie excentrique du cœur. Concrétion polypeuse dans l'oreillette gauche ([1]).

CCLX[e] Obs. — Femme, vingt-cinq ans, mariée; plusieurs avortements. Il y a six mois, symptômes d'affection du cœur; vertiges, suivis de l'affaiblissement de tout le côté gauche du corps, et de la perte de la parole. Pendant quinze jours, état d'insensibilité. 8 juin, rétablissement du mouvement dans le côté gauche de la face, et au membre supérieur du même côté, mais le pied gauche s'applique et se tient mal sur le sol. 8 juillet, progrès rapides de la maladie du cœur. Mort le 25. — Infiltration séreuse sous l'arachnoïde. Vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang noir. En faisant des sections dans les hémisphères, il ruisselle beaucoup de sérosité. Ventricules larges, contenant demi once de liquide. Corps strié droit de couleur fauve, aplati, mou et pulpeux. Le ramollissement s'étend aux parties voisines, qui ont une couleur rouge jaunâtre. L'altération a le volume d'un œuf de poule. L'artère sylvienne droite est opaque, ferme, friable et resserrée. Le reste du cerveau est sain. Hypertrophie du cœur, avec lésion de la valvule mitrale. Examen microscopique de la portion ramollie du cerveau : tubes nerveux médullaires et variqueux brisés; nombreux corpuscules; granules et masses d'exsudation; vaisseaux recouverts à leur périphérie de beaucoup de granules d'exsudation ([2]).

CCLXI[e] Obs. — Femme, maigre, de tempérament bilieux, accouchée depuis trois mois. Accès violent de colère, symptômes de gastro-duodenite, fièvre très intense, peau brûlante, soif vive, parole facile, délire, puis lenteur des réponses; perte de l'odorat, commissure droite des lèvres relevée; hémiplégie gauche, avec sensibilité exaltée; érysipèle des membres. Mort. — Pus dans le tissu cellulaire sous-cutané des points affectés d'érysipèle. Pas de phlébite. Teinte ardoisée de l'estomac et du duodenum. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Corps strié droit, offrant à sa moitié externe, des couches successives d'une matière cérébrale rouge, enflammée et ramollie. Il n'y avait pas de traces d'hémorrhagie ([3]).

CCLXII[e] Obs. — Homme de peine, trente-quatre ans, cheveux noirs; constipation, maux de tête, étourdissements, borborygmes, gaz intestinaux; chagrins, état d'hébétude. Le 10 prairial, après un sommeil ordinaire, il est trouvé immobile et sans parole. Yeux

([1]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 122.

([2]) J. Hughes Bennett, *Pathological and histological researches on inflammation of the nervous system*. Edinb., 1863, p. 7.

([3]) Bally, *La Clinique*, 1829, octobre, p. 125.

ouverts et fixes; côté gauche paralysé, la face comprise; pouls lent, ouïe conservée, parole impossible, évacuations involontaires, quelques mouvements convulsifs du côté droit du corps, vomissements, roideur tétanique, carphologie du côté droit, rigidité des muscles droits de l'abdomen, tremblement convulsif, convulsions, grincements des dents, respiration parfois stertoreuse. Mort le 22. — Vaisseaux encéphaliques remplis de sang peu fluide. Corps strié gauche en partie ferme, en partie pulpeux, infiltré d'un fluide peu abondant. Hémisphère droit ferme en avant et en arrière, et un peu mou dans l'intervalle (1).

CCLXIII° Obs. — Femme, trente-neuf ans, phthisique au second degré. 25 octobre, perte de connaissance et de la parole; deux heures après, la connaissance revient, mais la parole ne se rétablit pas. Paralysie complète du bras droit, possibilité de mouvoir un peu la jambe du même côté, sensibilité émoussée, mais non éteinte; dans les efforts pour parler, la bouche se dévie à gauche; langue tirée à droite, céphalalgie, pouls 105, petit; respiration légèrement stertoreuse, pupilles à l'état normal, selles naturelles. 26, quelques mots peuvent être articulés, la motilité volontaire est en grande partie rétablie à la jambe et un peu au bras. 1er novembre, intelligence et parole entièrement recouvrées, paralysie des membres droits dissipée, ils sont seulement un peu faibles; appétit, et néanmoins amaigrissement, progrès de la lésion pulmonaire. 9 novembre, nouvelle attaque apoplectique, respiration stertoreuse, 25; pouls 112, petit et faible; intellect et parole suspendus, hémiplégie gauche, tandis que le côté droit continue à se mouvoir. Deux heures après l'attaque, la connaissance revient un peu; mais le coma reprend et continue jusqu'à la mort, qui a lieu le 12. — Abondante effusion séreuse sous l'arachnoïde. Substance cérébrale sablée de nombreux points rouges. Corps strié gauche ramolli dans toute son épaisseur, de couleur jaune sale, très diffluent, presque liquide au centre, et comme s'il était logé dans une cavité de la largeur d'une noisette. La surface supérieure du corps strié droit est aussi ramollie et légèrement pultacée. Vue au microscope, la substance du premier montre beaucoup de corpuscules d'exsudation et de granules; et celle du second très peu de corpuscules, mais de nombreux granules sur les parois des vaisseaux. Peu de sérosité dans les ventricules. Poumons tuberculeux. Cœur petit. Valvule mitrale roide. Foie gros et gras. Dépôts tuberculeux à la fin de l'iléon. Reins granuleux (2).

(1) Prost, *Médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture des cadavres*. Paris, 1804, t. I, p. 100.

(2) J. Hughes Bennett, *Pathological and histological researches on inflammation of the nervous system*. Edinb., 1843, p. 37. (*Edinb. Med. and Surg. Journal*, n° 155.)

CCLXIV[e] Obs. — Laboureur, quarante ans; douleur vague dans la poitrine avec sentiment de piqûre, paralysie de la langue et des membres droits, permettant néanmoins quelques légers mouvements; intelligence d'abord entière, puis perdue; pouls fort et fréquent, respiration altérée les derniers jours. — Sérosité sous la dure-mère, sous la pie-mère et dans les ventricules. Cerveau mou. Glande pinéale jaunâtre, dure, friable. Corps strié gauche petit, jaune, comme liquéfié; de son milieu s'enlève une tumeur grosse comme une fève, rouge à l'extérieur et à l'intérieur (1).

CCLXV[e] Obs. — Jeanne Cayrut, âgée de cinquante ans, de Tizac (Gironde), de constitution forte, stature peu élevée, conformation régulière, tempérament sanguin (peau brune et cheveux noirs), est subitement atteinte, le 2 mars 1850, d'une difficulté de parler et de paralysie du mouvement de tout le côté droit. Ces symptômes n'avaient pas été précédés de céphalalgie. (8 sangsues à l'anus; vésicatoires aux jambes.)

Cette femme est admise à la Clinique interne de l'hôpital Saint-André, le 5 mars, dans l'état suivant : peau chaude, pouls petit, irrégulier, très fréquent, 116-120; face déviée vers le côté gauche, langue dirigée dans le même sens, offrant un enduit jaunâtre, épais au centre, sans rougeur des bords ni de la pointe; paralysie complète du mouvement des membres supérieur et inférieur droits; la malade ne peut soulever le bras ni faire exécuter à la jambe les plus légers mouvements de flexion et d'extension; la sensibilité n'y est pas entièrement abolie, mais elle est émoussée; si on pince légèrement la peau, on ne produit aucune douleur, aucune sensation; si on la pince fortement, on provoque une légère douleur, mais pas de mouvement; la parole est très difficile, et même presque nulle et réduite à quelques monosyllabes. (Limonade émétisée.) 6 mars, pouls 116-120, très irrégulier; pas de douleur au ventre, peu d'évacuations. (Sinapismes aux pieds; lavements miellés; infusion d'arnica.) 7, pouls 100-106; du reste, même état. (10 sangsues à l'anus; infusion d'arnica; bouillons.) 8, parole moins gênée, pouls fréquent, pupilles contractées, évacuations involontaires. 9, un peu de céphalalgie, pouls toujours fréquent, parole très gênée. (6 sangsues derrière l'oreille gauche; tisane d'orge; petit lait, 2 verres.) 10 et 11, même état. 12, pouls 70, pupilles revenues à l'état normal, évacuations soumises à la volonté. (Séton à la nuque.) Du 13 au 16, même état. 17, la malade prononce plusieurs mots avec assez de facilité, pouls calme, évacuations normales. Du 18 mars au 7 avril, amélioration successive.

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XI, n° 11.

Le 8, au soir, froid subit de la peau, pouls très petit, 128; langue presque froide, teinte jaune terreuse de la face, diarrhée abondante, douleurs abdominales. (Sinapismes aux pieds.) 9, pouls extrêmement petit, très fréquent; on a de la peine à compter le nombre des pulsations; dyspnée très grande, toux petite et sèche, matité dans le côté gauche de la poitrine très marquée, surtout au-dessous du sein et en arrière; la respiration ne s'y entend que très faiblement; on ne peut apprécier s'il y a de l'égophonie, la malade ne pouvant parler; souffle tubaire dans quelques points; au côté droit, respiration bronchique exagérée. (Très large vésicatoire au côté gauche de la poitrine; infusion d'arnica.) Le soir, peau froide, sueur visqueuse à la face, langue sèche avec enduit brunâtre, râle trachéal. Mort le 10.

Nécropsie. — Pas de rigidité cadavérique. Les vaisseaux de la dure-mère sont un peu injectés. On remarque quelques adhérences faciles à détruire le long du sinus longitudinal supérieur, et une infiltration séreuse sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde. La pie-mère paraît un peu épaissie. Les vaisseaux qui la forment sont fortement gorgés de sang; elle s'enlève avec facilité, et la substance cérébrale n'offre aucune altération de consistance ni de couleur. Les lobes antérieurs, examinés avec soin à leur surface et dans leur profondeur, ne présentent aucune trace de lésion. Le corps strié gauche est ramolli à sa partie externe; ce ramollissement est circonscrit, formé par un détritus de substance cérébrale mêlée à un liquide trouble, presque purulent, et à des fragments d'une matière de couleur rosée ou rougeâtre, qui semble libre et se détache assez facilement. Cette altération est limitée par une cavité d'environ 2 centimètres de diamètre creusée dans l'épaisseur de ce corps strié. Celui du côté opposé n'offre rien de semblable. Les couches optiques, les cornes d'Ammon, les parois des ventricules, les tubercules quadrijumeaux, le cervelet, le mésocéphale, n'ont rien de particulier. La moelle épinière, mise à découvert dans toute son étendue, n'offre qu'une légère injection des vaisseaux qui rampent à sa surface. Son tissu n'est nullement altéré; seulement, vers le milieu de la région cervicale, se trouve, dans la cavité arachnoïdienne, un peu de sérosité rougeâtre.

La cavité gauche de la poitrine présente un épanchement considérable d'un liquide presque sanguinolent. Le poumon du même côté est affaissé; son tissu est dense; sa base a contracté quelques adhérences avec le diaphragme. Le poumon droit est sain. Il n'y a pas d'épanchement dans le péricarde. Le cœur est volumineux, distendu par des caillots fibrineux. L'aorte a des parois épaisses consistantes, presque fibro-cartilagineuses.

Pas d'altération notable dans les viscères abdominaux.

CCLXVI[e] Obs. — Femme, cinquante-quatre ans, constitution forte, cou court. 23 octobre, perte subite de connaissance, hémiplégie droite du sentiment et du mouvement, résolution complète, strabisme, yeux dirigés à gauche, dilatation et immobilité des pupilles, respiration stertoreuse, pouls petit, contractions du cœur énergiques, irrégulières, sans bruit anormal; peau fraîche, extrémités froides, intelligence et sens abolis, cris aigus, rétention et incontinence d'urine, coma profond. Mort le 31. — Adhérences des méninges aux os. Injection des vaisseaux de la pie-mère. Ramollissement du corps strié gauche, formant un détritus rosé très différent de l'aspect crémeux des ramollissements blancs. Cerveau de consistance normale. Traces de double néphrite chronique (anémie et granulations). Dépôt récent de lymphe plastique dans le rein droit (1).

CCLXVII[e] Obs. — Maçon, cinquante-six ans, intempérant. Il y a quatre ans, chute suivie d'une légère paralysie de la face, qui se dissipe; il reste un peu de céphalalgie et des vertiges. Dans les derniers temps, affaiblissement intellectuel; toutefois, la santé générale était bonne, lorsque, le 16 janvier, le bras gauche ne s'élève qu'avec difficulté et la jambe traîne en marchant, Le 20, air de stupeur; la commissure gauche des lèvres reste abaissée; paupière supérieure gauche relâchée, pupilles naturelles, conjonctives couvertes de mucus, pouls 90, faible; sensibilité conservée aux parties affectées; pas de rigidité des membres, langue montrée facilement. 22, pouls résistant, 100; déglutition difficile, agitation, jactitation la nuit; sang de la saignée couenneux. 23, convulsions bornées au côté gauche, urines involontaires, chute de la paupière supérieure gauche. 24, complète résolution des membres, assoupissement, coma. Mort le 27. — Vaisseaux encéphaliques pleins de sang, surtout vers l'occiput. Quelques minces plaques d'ossification sur la dure-mère, le long du sinus longitudinal supérieur. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, principalement sur l'hémisphère droit, qui est plus large que le gauche. Pas de fluide dans les ventricules. Corps strié droit ramolli, surtout en quelques points, et ayant une apparence criblée. La matière cérébrale qui l'avoisine en dehors est aussi ramollie dans l'étendue d'un œuf de poule. Ces parties sont pulpeuses et rougeâtres. Couche optique saine. Corps strié gauche ramolli sans changement de couleur. Les autres parties sont saines. L'examen microscopique du ramollissement du corps strié droit a montré beaucoup de corpuscules d'exsudation, les uns libres, les autres attachés à la surface externe des vaisseaux; tubes variqueux et cylindriques brisés, et parmi eux une multitude de granules et de corpuscules.

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*, 1839, t. I, p. 525.

Ces corpuscules contiennent des espèces de noyaux, indépendamment de nombreux granules. Le corps strié gauche, bien que ramolli, n'offre pas une structure analogue, c'est à dire ni corpuscules, ni granules [1].

CCLXVIII° Obs. — Femme, soixante ans; abus des spiritueux, mais bonne santé. Tout à coup, parole embarrassée, station impossible, déviation de la bouche à droite, incohérence des idées, pouls inégal, irrégulier; déglutition impossible, déjections involontaires, membres roides, encore sensibles et susceptibles de se mouvoir. Mort le troisième jour. — Pie-mère infiltrée. Deux ou trois onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Sur le corps calleux et y adhérant, substance jaunâtre, allongée d'avant en arrière, molle, mais résistante, et traversée par les artères calleuses. Corps strié droit rouge lie de vin et ramolli surtout au centre, qui est jaunâtre et diffluent. Cette lésion se continue profondément dans l'hémisphère. Artères cérébrales et aorte pectorale cartilagineuses et parsemées intérieurement de plaques écailleuses [2].

CCLXIX° Obs. — Homme, soixante-cinq ans; perte subite de connaissance et de la parole, paralysie du mouvement du bras droit; retour de la connaissance, mais la perte de la parole persiste, ainsi que la paralysie des membres droits. — Deux ou trois onces de sérosité dans l'arachnoïde. A la partie latérale moyenne et postérieure de l'hémisphère gauche, induration et espèce de cicatrice du foyer apoplectique. Mollesse et teinte rougeâtre de la partie supérieure et externe du corps strié gauche [3].

CCLXX° Obs. — Homme, soixante-sept ans, taille élevée, tête petite; grand appétit, embonpoint, insouciance, saleté. Tout à coup, en dînant, assoupissement, perte de connaissance. (Vomitif.) La connaissance revient, le bras gauche reste paralysé. Deuxième jour, intelligence et parole un peu rétablies; pouls grand et élevé. Quand on pince le bras, le malade n'a qu'une sensation confuse. Sixième jour, insensibilité complète, respiration stertoreuse. Septième jour, eschare au sacrum. Mort. — Crâne dur. Arachnoïde injectée, adhérente aux circonvolutions du lobe moyen droit du cerveau. Substance blanche de ce lobe ramollie et un peu grisâtre. Corps strié droit réduit en une pulpe d'un gris rougeâtre. Couche optique saine. Pédoncule cérébral droit moins consistant que le gauche. Quelques

[1] J. Hughes Bennett, *Pathological and histological researches on inflammation of the nervous system*. Édinb., 1843, p. 11.

[2] Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, t. I, p. 108.

[3] Lelut (service de Ferrus), *Lancette française*, t. IV, p. 300.

plaques osseuses et cartilagineuses sur l'arachnoïde, vers le milieu du canal rachidien ([1]).

CCLXXI^e Obs. — Homme, soixante-dix ans, forte constitution. Quatre ans auparavant, attaque d'apoplexie qui n'a laissé aucune trace. Février, douleur vive au côté gauche de la tête, engourdissement de la main droite, station vacillante. Quinze jours après, assoupissement, puis délire, difficulté de parler, membres droits paralysés, bouche déviée à gauche. Plus tard, parole nulle, yeux ouverts et fixes, face parfois exprimant la terreur ou la menace, pouls fréquent. Pendant quelques jours, amélioration; mouvement un peu rétabli, quelques paroles mal articulées; mais persistance du délire. Le douzième jour, respiration embarrassée. Mort. — Le corps strié gauche offre, à son côté externe, une tâche rougeâtre, avec ramollissement pénétrant à un pouce de profondeur. Hypertrophie du cœur ([2]).

CCLXXII^e Obs. — Femme, soixante-quatorze ans; violente céphalalgie, étourdissement, station chancelante, perte de connaissance, hémiplégie droite, intellect affaibli, réponses difficiles, mal articulées, mais assez justes; air étonné, côté gauche de la tête douloureux, bouche déviée à gauche, langue inclinée à droite, sensibilité égale aux deux côtés de la face; les membres droits sont immobiles, sans rigidité, leur sensibilité est diminuée; pouls régulier, assez développé, 72. Au bout d'une vingtaine de jours, perte de la mémoire, du jugement; paroles désordonnées, délire continuel, maigreur, inappétence, langue sèche, eschare au sacrum. Mort le quarante-septième jour. — Sérosité trouble dans la pie-mère, sur la convexité du cerveau. Sérosité dans le ventricule latéral gauche, non dans le droit. Corps strié gauche occupé par un ramollissement pultacé jaunâtre, ayant, au centre, trois points rouges de la grosseur d'une tête d'épingle. Substance cérébrale voisine un peu ramollie. Couche optique saine ([3]).

CCLXXIII^e Obs. — Femme, soixante-seize ans. En novembre, coma subit, résolution du bras gauche, sensibilité conservée, pupilles étroites, respiration inégale. Mort au bout de deux heures. — Corps strié gauche présentant à son extrémité postérieure, une coloration rougeâtre, avec ramollissement pulpeux ([4]).

CCLXXIV^e Obs. — Femme, soixante-dix-huit ans, forte constitu-

([1]) Jarrin, *Gazette médicale*, 1833, t. I, p. 835.
([2]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 489.
([3]) *Idem, ibidem*, p. 476.
([4]) Boudet, Rogée et Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1839, p. 71.

tion, embonpoint. Août, zona gauche. Septembre, coma subit et profond, ronflement, joues et lèvres distendues par l'air expiré, face livide, yeux roulants, pupilles dilatées; bras fortement tendus et portés en avant, puis conservant assez bien la position qu'on leur donne; abolition des sensations. La malade se lève très souvent comme pour uriner. Peau chaude, sueur visqueuse; pouls développé, fréquent, irrégulier; pupille gauche plus dilatée que la droite, hoquet. Mort le troisième jour. — Substance corticale un peu rose. Ventricule gauche rempli de sérosité. Corps strié gauche, réduit en une espèce de putrilage de couleur rose. Même altération dans le tiers du corps strié droit (1).

CCLXXVe Obs. — Femme, quatre-vingts ans, trouble moral, tristesse, irascibilité, assoupissement, perte de la vue et de l'ouïe; mouvements convulsifs du membre supérieur droit, qui bientôt cesse de se mouvoir, mais non de sentir; stupeur, pupilles immobiles. Mort le troisième jour. — Vaisseaux cérébraux gorgés de sang. Dans l'hémisphère gauche, vers le lobe moyen, ramollissement. Corps strié réduit en bouillie. Du sang est infiltré dans la substance cérébrale (2).

CCLXXVIe Obs. — Femme, très âgée, attaque d'apoplexie. Pendant quinze jours, sans connaissance, sans mouvement; paralysie du côté gauche, avec flaccidité. A droite, jambe fléchie, poignet appliqué contre l'épaule, état de forte contraction, bouche déviée à gauche, dents et langue fuligineuses; pouls dur, fréquent, petit; respiration fréquente et plaintive, assoupissement. Parfois, réveil, cris et signes d'intelligence; mobilité du bras droit, odeur de souris, soubresauts des tendons des deux côtés. Mort le vingtième jour. — Surface de l'hémisphère droit ramolli. Substance blanche dans l'étendue d'un pouce, diffluente, sans changement de couleur. Corps strié du même côté, réduit à un putrilage, couleur lie de vin. Altération non exactement circonscrite, se perdant insensiblement dans la partie non altérée du cerveau. Hémisphère gauche ramolli en quelques points, mais en général sain (3).

b. — *Inflammation du corps strié avec production de pus.*

CCLXXVIIe Obs. — Homme, trente ans, abus de vin et de tabac. Douleur du côté gauche de la tête et du cou, et faiblesse des muscles du cou du même côté. Fièvre, pouls faible, aphonie, délire,

(1) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 56.
(2) Lallemand, *Recherches anat. path. sur l'Encéphale*, t. I, p. 11.
(3) *Idem, ibidem*, p. 15.

perte des mouvements. Mort le quatorzième jour. — Ventricules latéraux pleins de pus, le droit surtout. Le pus provient d'une ouverture du corps strié droit (1).

CCLXXVIII° Obs. — Homme, trente ans, engourdissement, insensibilité de tout le côté gauche. Trois mois après, affaiblissement intellectuel, céphalalgie. Mort. — Abcès à la partie inférieure du corps strié gauche. Plus petit abcès dans le droit (2).

CCLXXIX° Obs. — Menuisier, cinquante ans, de faible constitution. 26 novembre, céphalalgie, déviation de la bouche du côté gauche, œdème de la face, odontalgie générale pendant dix-huit jours. 12 mars, coma, mais intellect conservé; insensibilité plus marquée à droite, bouche déviée à gauche, bras rapprochés du tronc, membres inférieurs à demi fléchis, constriction des mâchoires, lèvres violacées; respiration accélérée, haute, sifflante; pouls lent, concentré, régulier, résistant. Jour suivant, loquacité, mais voix basse et parole entrecoupée; anxiétés, affaiblissement, évacuations involontaires; langue sèche, avec enduit fuligineux. Mort le 20 mars. — Corps encore gras. Pie-mère partiellement injectée. Vaisseaux cérébraux très développés. Les deux corps striés sont réduits en un putrilage mollasse, et légèrement teint en jaune; le droit renferme des sucs sanieux dans une petite cavité (3).

CCLXXX° Obs. — Femme, cinquante-trois ans, malade depuis longtemps, faiblesse des membres gauches, et obscurcissement de la vue. 25 janvier, perte de connaissance subite, hémiplégie. Le lendemain, décubitus dorsal, yeux entr'ouverts, bouche contractée, peu de signes d'intelligence; motilité presque éteinte dans le tronc et les membres, excepté pour le bras droit qui présente aussi un peu de contracture; sensibilité conservée en partie; pupilles dilatées, encore sensibles à la lumière; yeux déviés; pouls plein, élevé, 120; déglutition facile; langue sortant en ligne droite, humectée et de couleur naturelle. Mort le 28. — A la surface du lobe gauche du cerveau, ramollissement diffluent de la grosseur d'une noix. Pas d'épanchement dans les ventricules. Corps strié droit contenant un noyau jaunâtre du volume d'une noisette, et dans le centre, une matière ramollie demi-fluide, ayant les caractères du pus (4).

CCLXXXI° Obs. — Femme, soixante ans, lymphatique. Juin, attaque subite, hémiplégie gauche; bouche déviée à droite, et pointe

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. V, nos 2 et 3.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 142.
(3) Tournadour, dans Tacheron, *Recherches anat.-patholog.* Paris, 1823, t. III, p. 471.
(4) Clinique de Chomel. (*Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 78.)

de la langue tournée à gauche; parole embarrassée, yeux alternativement fixes ou agités en divers sens, et divergents; membres gauches fléchis et contractés. Huitième jour, adynamie, odeur de souris. Dixième, mouvements involontaires des membres droits, membres gauches roides. Mort le douzième. — Vaisseaux des méninges et du cerveau gorgés de sang. Rougeur vive de ces organes. Corps strié droit, ayant la consistance d'une bouillie épaisse, une couleur grise foncée au centre, jaune verdâtre vers la circonférence; la substance cérébrale n'y est pas détruite, mais pénétrée de pus (¹).

DEUXIÈME SÉRIE. — *Inflammation des couches optiques.*

CCLXXXIIᵉ OBS. — Charpentier, dix-neuf ans, robuste. En octobre, fièvre pernicieuse, puis quelques accès isolés. 20 décembre, apparences de l'ivresse, sans abus de spiritueux; face enluminée, yeux clignotants, parole embarrassée, démarche irrégulière et vacillante; pouls dur, petit, vif; soif, langue rouge, ventre rétracté, constipation, alternatives de mieux et d'aggravation. 15 février, paralysie des membres inférieurs, oppression, toux sèche, face rouge, vive douleur à la moitié antérieure de la tête, somnolence, paralysie des bras, surdité, cécité, coma. Mort le 5 mars. — État de marasme. Bosse occipitale gauche plus saillante que la droite. Méninges injectées, rouges. Cerveau volumineux, très consistant. Corps calleux mou. Deux onces de sérosité limpide un peu jaune dans les ventricules latéraux; couches optiques très jaunes, ramollies à leur surface. Nerfs optiques et olfactifs mous. Couleur rose générale du cervelet, qui est consistant comme le cerveau (²).

CCLXXXIIIᵉ OBS. — Homme, vingt-trois ans, bonne constitution. 19 février, symptômes de fièvre inflammatoire. 28, nuit agitée. 29, face très injectée, mouvements convulsifs, roideur des membres, délire, air de stupeur, yeux hagards, pupilles dilatées, sang couenneux. 30, 31, même état, coma pendant trois jours. Mort. — Injection des méninges par plaques. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Substance corticale sous-jacente ferme et sans injection. Septum et trigone cérébral réduits en pulpe molle et blanchâtre. Une des couches optiques est ramollie, et la partie voisine de l'hémisphère offre tous les degrés de l'inflammation depuis l'injection vasculaire, jusqu'au ramollissement pultacé et du véritable pus. Le centre offre une infiltration sanguine (³).

(¹) Lallemand, *Recherches anat. path. sur l'Encéphale*, t. I, p. 56.
(²) Dufour, *Archives*, 1828, t. XVII, p. 226.
(³) Coudray, Thèse *sur l'Hémencéphale*. Montpellier, 1831, nº 102, p. 11.

CCLXXXIV^e OBS. — Homme, trente ans, forte constitution. 4 novembre, douleur et roideur de la nuque, tête et tronc renversés en arrière et immobiles, léger trismus, mouvements des membres libres, intelligence intacte, pas de fièvre, respiration libre. 19, rigidité étendue aux membres et aux parois abdominales, bras douloureux. 20, tête inclinée à gauche, souplesse des membres et de l'abdomen, bras gauche paralysé et insensible, somnolence; réponses justes, mais perte de la mémoire; pouls fréquent. 21, assoupissement; pupilles très dilatées, toutefois sensibles à la lumière; mouvements convulsifs du bras gauche, de la face, et même des deux côtés du corps. Jours suivants, assoupissement, réveil incomplet, parole impossible. Mort le 24. — Pie-mère très injectée, ainsi que la substance grise des circonvolutions. Ventricules latéraux distendus par une sérosité limpide. Ramollissement diffluent, et d'un blanc mat de la voûte à trois piliers. Ramollissement rougeâtre de la couche optique droite (¹).

CCLXXXV^e OBS. — Charpentier, trente ans, forte constitution. Depuis quelques jours, accès de fièvre; le dernier très violent. 10 août, sommeil profond, intelligence nette; pouls serré, médiocrement accéléré; face pâle, peu altérée; déglutition impossible, respiration naturelle, les deux avant-bras fortement fléchis; tout le corps paraît immobile. Deux heures après, peau très chaude, pouls développé et mou; face pâle, altérée; yeux toujours fermés. Le soir, respiration fréquente, convulsive, stertoreuse, figure décomposée; sueur visqueuse, chaude; pouls petit, irrégulier, très fréquent; soubresauts dans les tendons; flexion, avec rigidité des avant-bras; membres inférieurs immobiles. Mort dans la nuit. — Méninges saines, un peu injectées. Consistance remarquable du cerveau, dont les incisions se couvrent de nombreuses gouttelettes de sang. Vaisseaux développés. Un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules, dont les parois sont légèrement injectées. Au centre des couches optiques, ramollissement considérable, en bouillie grisâtre, du volume d'une aveline, et circonscrit par la substance cérébrale assez solide. Cœur hypertrophié, gastro-entérite (²).

CCLXXXVI^e OBS. — Femme, cinquante-neuf ans. Attaque d'apoplexie, fièvre grave, parole nulle, intelligence conservée, membres droits privés du sentiment et du mouvement volontaire, mais convulsivement contractés; paupières de l'œil droit rapprochées, face rouge, déglutition possible. Mort au bout de quelques jours. — Beaucoup de sérosité dans le crâne. Dure-mère épaissie. Pie-mère

(¹) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 435.

(²) Dufau, de Mont-de-Marsan, *Journal général*, 1836, 2e série, t. XXXIII, p. 323.

très injectée de sang et infiltrée d'eau limpide. Couche optique gauche brune, ramollie et diffluente à son côté externe, mêlée avec une humeur sanguinolente. Cette altération occupe l'espace qu'aurait rempli une noix. La teinte rouge est plus prononcée au centre (1).

CCLXXXVII^e Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans, robuste. 3 janvier, étourdissement, intellect engourdi. 4, déviation de la commissure droite des lèvres, légère contracture du bras gauche, avec sensibilité obtuse; jambe gauche peu mobile, mais sensible. 6, langue déviée à gauche. 7, sensibilité abolie au membre supérieur gauche, obtuse à l'inférieur, tous les deux en résolution complète; le chatouillement de la plante du pied produit un mouvement de rétraction; embarras de la parole, déjections volontaires, hémiplégie complète. 8 février, rétablissement de l'intelligence, de la parole; retour incomplet de la sensibilité et du mouvement au côté gauche. Mort de pneumonie le quarante-sixième jour à dater de l'invasion de la paralysie. — Couche optique droite ramollie à sa surface et imbibée d'un liquide blanc de chaux, et offrant un tissu grisâtre, inégal, grossièrement aréolaire, à mailles très larges, traversées par des brides d'une certaine densité, sans traces d'organisation celluleuse, et n'ayant d'autre apparence que celle de faisceaux isolés de tissu cérébral induré (2).

CCLXXXVIII^e Obs. — Femme, quatre-vingt-deux ans, maigre, tempérament sanguin. Il y a quatre ans, apoplexie, hémiplégie gauche, qui guérit au bout d'un mois. Depuis, vertiges, et, chaque année, congestion cérébrale avec perte de connaissance, symptômes d'affection du cœur, affaiblissement intellectuel. Juillet, engourdissements, douleurs dans la jambe gauche. Tout à coup, perte de connaissance pendant un quart d'heure, membres gauches contractés et paralysés, tête penchée à droite, bouche déviée du même côté, pupilles dilatées et contractiles. Deuxième jour, contracture cessant au côté gauche et se manifestant au bras droit; langue rouge, bouche sèche, soif, épigastre douloureux, selles libres, urines rendues involontairement, pouls fort. Troisième jour, abattement, pas de réponses. Cinquième jour, pas de contracture, ouïe conservée, parole très difficile, à peu près nulle, affaiblissement, somnolence. Mort le dix-huitième jour. — Sérosité sous l'arachnoïde. Cerveau en général mou. Substance corticale un peu rose. Dans l'hémisphère droit, trace d'un ancien petit épanchement et tache jaune en un autre point. Couche optique du même côté réduite en

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. V, n° 6.
(2) Dechambre, *Gazette médicale*, 1838, p. 306.

une espèce de bouillie. Substance cérébrale environnante rose et injectée. Cervelet ferme (¹).

Troisième série. — *Inflammation affectant à la fois les couches optiques et les corps striés.*

CCLXXXIXe Obs. — Garçon, deux ans, blépharite légère en février. 2 mars, inappétence, abattement, céphalalgie, constipation, insomnie, agitation, nausées, vomissements, fièvre. 4, assoupissement, tête portée en arrière. 6, engourdissement, somnolence, toux, peu de sonorité à la base de la poitrine, râle bronchique. 7, convulsions suivies de coma, résolution des membres droits, bras gauche agité de petites secousses convulsives, et ensuite roide, ainsi que la jambe; mâchoires serrées, pupilles dilatées, peau insensible. Mort le 8. — Crâne un peu volumineux. Fontanelle antérieure et supérieure non ossifiée. Sinus et vaisseaux méningiens gorgés de sang. Deux cuillerées de sérosité dans les ventricules. Ramollissement blanc de la voûte à trois piliers et de la cloison. Dans la scissure de Sylvius gauche, ramollissement de deux pouces d'étendue, pénétrant dans le corps strié et la couche optique, parsemé de points rouges du volume d'une tête d'épingle. Même altération près la corne d'Ammon droite. D'ailleurs, cerveau ferme. Hépatisation à la base du poumon droit (²).

CCXCe Obs. — Homme, convalescent d'asphyxie involontaire par la vapeur du charbon; céphalalgie, délire, gêne à l'épigastre, ventre douloureux à la pression, pouls fréquent. Troisième jour, hémiplégie du sentiment et du mouvement du côté droit, bouche déviée à gauche; de temps en temps, contraction des membres gauches; le malade ne parle ni n'entend, et il n'avale qu'avec une grande difficulté; pouls faible et lent, puis développé. Mort peu de temps après. — Substance blanche du cerveau sablée de sang. Corps strié gauche d'un rouge clair, avec ramollissement s'étendant dans la couche optique (³).

CCXCIe Obs. — Femme, ayant cessé d'être réglée à trente-six ans; depuis lors, aliénée; agitation, loquacité. Cet état dure huit ans à des degrés variés. 3 octobre, après trois mois d'un délire continuel, tranquillité subite, assoupissement, réponses assez justes, mais lentes et difficiles. Le septième jour, paroxysme violent; le lendemain, paralysie des membres inférieurs. Mort le 16 octobre. —

(¹) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 51.
(²) Payen, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1826, n° 21, p. 9.
(³) Brierre, *Bullet. de la Soc. anat.*, 1826, p. 35. *Biblioth. méd.*, 1826, t. I, p. 206.

Crâne mince. Adhérences en quelques points de la dure-mère et de l'arachnoïde. Substance corticale des circonvolutions injectée, très rouge et partiellement ramollie. Corps striés et couches optiques convertis en une matière pultacée et noirâtre. Substance blanche présentant un aspect violacé et quelques ecchymoses. Tous les vaisseaux de l'encéphale sont gorgés de sang. Cervelet mou, non injecté ([1]).

CCXCIIe Obs. — Ancien militaire, longtemps prisonnier de guerre. A quarante ans, idées bizarres, hallucinations, délire rémittent; parfois, accès d'emportement, puis manie chronique pendant quatorze ans. Au bout de ce temps, tout à coup, 25 septembre, embarras de la parole, hémiplégie et insensibilité à droite, peau chaude, pouls accéléré, calme moral. 28 septembre, réponses précises, sensibilité moins obtuse; les membres droits exécutent quelques mouvements. 30, pas de fièvre. État stationnaire en octobre et novembre; la prononciation est toujours difficile et l'intelligence très altérée. En décembre, bouche tirée à gauche, poignet droit rétracté, jambe droite immobile, déglutition difficile, intelligence presque anéantie, pouls petit, fréquent; aggravation. Mort le 7. — Face interne du crâne présentant de petits enfoncements remplis par des excroissances de la pie-mère. 60 grammes de sérosité dans l'arachnoïde. Du reste, méninges à l'état normal. Circonvolutions fermes, ainsi que les parties centrales et le cerveau en général. Entre le corps strié et la couche optique gauches se trouve un liquide bourbeux et comme purulent, tenant en suspension des flocons d'un aspect grisâtre. Il y a une cavité entourée d'espèces de cicatrices, difficiles à trancher, qui rayonnent en divers sens dans l'étendue d'à peu près 2 centimètres, sans injection ni altération de couleur. En avant du corps strié droit, petites cavités à contours jaunes pouvant loger un pois. Entre le corps strié et la couche optique droits, ramollissement large de 20 millimètres ([2]).

CCXCIIIe Obs. — Homme, soixante ans, robuste, sanguin. 9 mars, en dînant avec avidité, malaise, face rouge, étourdissement, perte incomplète de connaissance, qui se rétablit un peu; hémiplégie gauche avec flaccidité, respiration bruyante, pouls plein. 12, coucher en supination, yeux fermés, bouche entr'ouverte, efforts inutiles pour répondre, conservation du sentiment du côté paralysé. 13, questions entendues et réponses faites d'une manière confuse, mais juste. Mort le 15. — Méninges injectées, un peu épaissies et adhérentes à la surface de l'hémisphère gauche. Ramollissement

([1]) Pinel fils, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1826, t. VI, p. 61.

([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 380.

très étendu comprenant le corps strié et la couche optique droits et toute l'épaisseur du lobe moyen. Le corps strié et la couche optique sont de couleur brunâtre, tandis que le lobe a conservé sa couleur blanche ordinaire (1).

Résumé des observations d'encéphalite affectant principalement les corps striés et les couches optiques.

I. Les 36 observations qui composent cette section sont divisées en : 1° celles dans lesquelles le corps strié est principalement affecté ; elles sont au nombre de 24 ;

2° Celles dans lesquelles c'est la couche optique, 7 ;

3° Celles dans lesquelles ces deux organes sont affectés simultanément, 5.

II. 18 sujets étaient du sexe masculin et 17 du sexe féminin.

III. Sous le rapport des âges, ils se distribuent ainsi :

2 enfants avaient l'un 2 et l'autre 3 ans.
1 individu avait 19 ans.
7 individus avaient de 21 à 30 ans.
3 — de 31 à 40 —
3 — de 41 à 50 —
8 — de 51 à 60 —
3 — de 61 à 70 —
5 — de 71 à 80 —
1 individu avait 82 ans.

IV. Plusieurs malades étaient d'une bonne constitution. Une femme était accouchée depuis trois mois (CCLXI) ; une autre avait eu plusieurs avortements (CCLX).

V. Quatre personnes avaient éprouvé antérieurement des attaques d'apoplexie ; deux des atteintes d'aliénation mentale ; d'autres des fièvres ou diverses autres maladies, telles que : affection du cœur, phthisie pulmonaire, gastro-duodénite, néphrite, zona, blépharite, etc. Un sujet avait été exposé à la vapeur du charbon (CCXC).

VI. Les causes occasionnelles signalées ont été trois fois

(1) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. 1, p. 71.

l'abus des spiritueux (CCLXVII, CCLXVIII, CCLXXVII); trois fois des affections morales vives (CCLXI, CCLXII, CCLXXV).

VII. Des préludes variés ont été constatés; c'étaient : un état fébrile, l'affaiblissement ou l'engourdissement de quelques membres, la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements.

VIII. L'invasion a quelquefois été soudaine et marquée par une perte immédiate de connaissance ou par l'embarras de la parole, avec ou sans paralysie.

IX. Les *symptômes* se sont présentés de la manière suivante :

La *céphalalgie* n'a été ressentie que dans 9 cas; elle a été légère. Elle existait d'un côté; deux fois, elle était du même côté que la lésion (CCLXXI, CCLXXII); une fois, du côté opposé (CCLXXVII). Dans un cas, elle occupait la partie antérieure de la tête (CCLXXXII); une autre fois, la nuque (CCLXXXIV).

L'*intellect* a été affaibli, privé de ses facultés. Il les a, d'autres fois, conservées.

8 fois les malades ont eu du *délire;* mais rarement avec agitation et insomnie.

16 fois il est survenu de l'*assoupissement* ou les malades ont eu, dans la période avancée, un *coma* profond.

La *parole* a été plusieurs fois assez facile; mais, souvent, elle a été embarrassée, lente, peu intelligible (CCLXVIII, CCLXXI, CCLXXII, CCLXXXI, CCLXXXII, CCXCII, CCXCIII), ou même tout à fait nulle (CCLX, CCLXII, CCLXIV, CCLXV, CCLXIX, CCLXXI, CCLXXXIV, CCLXXXVI, CCXC, CCXCIII).

On a observé, chez quelques sujets, la perte de la vue, de l'ouïe, de l'odorat (CCLXI, CCLXXV, CCLXXXII, CCLXC); le strabisme (CCLXVI, CCLXXXI), la fixité (CCLVIII, CCLXII, CCLXXXIII) ou la mobilité des yeux (CCLXXIV). Les pupilles ont été dilatées 8 fois, et rétrécies 2 fois.

X. La *locomotion* a été plus ou moins troublée. La station, la marche ont été vacillantes dès les premiers moments de la maladie (CCLXXI, CCLXXII, CCLXXXII).

Il est survenu des mouvements brusques, convulsifs dans

les membres droits (CCLXII, CCLXXV, CCLXXXI) ou dans les membres gauches (CCLXVII, CCLXXXIX, CCXC), ou dans les deux côtés (CCLXXXIV). Il y a eu aussi des convulsions générales (CCLVIII, CCLXII, CCLXXXIX).

On a vu parfois des tremblements convulsifs, des soubresauts de tendons, des grincements de dents.

Dans près de la moitié des cas, il y a eu de la rigidité, de la contracture dans les membres d'un côté (droit CCLXII, CCLXXX, CCLXXXVI, CCXCII ; gauche, CCLXXXI) ou des deux côtés alternativement (CCLXXXVIII), ou simultanément (CCLXVIII, CCLXXIV, CCLXXIX, CCLXXXIII, CCLXXXIV).

On a observé la constriction des mâchoires (CCLXXIX, CCLXXXIV, CCXC), et, dans quelques cas, une légère roideur tétanique et le renversement de la tête en arrière (CCLXII, CCLXXXIV, CCLXXXIX).

XI. La *paralysie* a été notée 32 fois, avec les différences suivantes : Il y a eu hémiplégie droite, 12 fois; hémiplégie gauche, 11 fois. Dans un cas, lors d'une première atteinte, la paralysie était du côté droit, et dans une seconde, elle était du côté gauche (CCLXIII). La lésion a porté sur le bras plus souvent que sur la jambe (CCLXX, CCLXXIII, CCLXXV, CCLXXXIV). Une fois, il n'y a eu de paralysie que d'un côté de la face (CCLXVIII) ; deux fois, les membres inférieurs ont été primitivement affectés (CCLXXXII, CCXCI) ; quatre fois, il y a eu paralysie et résolution de trois ou quatre membres (CCLXVII, CCLXXII, CCLXXVII, CCXCI) ; enfin, on a eu un exemple d'hémiplégie alterne, les membres étant paralysés à gauche et la face à droite (CCLXXVI).

La langue a paru se dévier deux fois du côté sain (CCLXIII, CCLXV) ; une fois du côté paralysé (CCLXXXI).

XII. La *sensibilité* a été plusieurs fois conservée dans les membres paralysés (CCLXVII, CCLXXIII, CCLXXV, CCLXXX, CCXCIII); une fois même exaltée (CCLXI) ; plus souvent engourdie, émoussée (CCLXIII, CCLXV, CCLXX, CCLXXII, CCLXXXIV, CCLXXXVI, CCXC, CCXCII), ou même à peu près détruite (CCLX, CCLXX, CCLXXIV, CCLXXIX, CCLXXXIX).

XIII. Il y a eu le plus souvent de la fréquence du pouls, avec la peau brûlante et une sueur visqueuse; rarement, le pouls a été lent (CCLXII, CCXC). Il était petit ou fort. Le sang s'est montré couenneux deux fois (CCLXVII, CCLXXXIII).

La respiration a été souvent difficile, stertoreuse, luctueuse, singultueuse, sifflante, etc., avec soulèvement des joues par l'air expiré (CCLXXIV).

Le vomissement n'a été remarqué que chez deux sujets, dont l'un était fort jeune (CCLXXXIX).

Plusieurs fois, la déglutition a été difficile ou impossible.

Les évacuations ont été souvent involontaires.

XIV. La *marche* de la maladie a été variable, comme partagée en attaques ou en périodes successives d'amélioration et d'aggravation (CCLXIII, CCLXV), ou même de suspension complète des symptômes (CCLIX).

La mort est survenue en douze (CCLXXIII), vingt-quatre (CCLXXXIV), quarante heures (CCLVIII); le troisième (CCLXVIII, CCLXXIV, CCLXXV), le quatrième (CCLXXX), le sixième (CCLXXXIX), le septième (CCLXX), le huitième (CCLXXIX), le neuvième (CCLXVI), le onzième (CCLXVII), le douzième (CCLXII, CCLXXI, CCLXXXI), le treizième (CCXCI), le quatorzième (CCLXXVII), le quinzième (CCLXXXIII), le dix-septième (CCLXIII), le dix-huitième (CCLXXXVIII), le vingtième jour (CCLXXVI). Enfin, la maladie est parvenue au quarantième (CCLXV), au quarante-troisième (CCXCII), au quarante-septième jour (CCLXXII), et jusqu'à deux mois et demi (CCLXXXII) et trois mois (CCLXXVIII). La mort a eu lieu aussi par une autre maladie, une pneumonie, un érysipèle, etc.

XV. Les *recherches cadavériques* ont fait reconnaître que :

24 fois les corps striés étaient le siége principal de la lésion; 9 fois le droit (CCLIX, CCLX, CCLXI, CCLXVIII, CCLXX, CCLXXVI, CCLXXVII, CCLXXX, CCLXXXI), 10 fois le gauche (CCLVIII, CCLXII, CCLXIV, CCLXV, CCLXVI, CCLXIX, CCLXXI, CCLXXII, CCLXXIII, CCLXXV), et 5 fois les corps striés étaient lésés des deux côtés; seulement, 3 fois, le gauche était plus affecté que le droit (CCLXIII, CCLXXIV, CCLXXVIII), et 2 fois c'était l'inverse (CCLXVII, CCLXXIX).

19 fois l'altération du corps strié consistait surtout en un ramollissement rosé ou rougeâtre, ou un putrilage couleur lie de vin ou grisâtre, jaune ou rouge. Quelquefois, il semblait renfermé dans une sorte de cavité. Des points rouges étaient disséminés dans la partie lésée ou aux environs.

5 fois il y a eu formation de pus, et une fois l'abcès s'est ouvert dans le ventricule (CCLXXVII).

XVI. Dans six cas, c'étaient les couches optiques qui offraient la principale lésion; 3 fois c'était la droite (CCLXXXIV, CCLXXXVII, CCLXXXVIII); une fois la gauche (CCLXXXVI), et deux fois c'étaient les deux (CCLXXXII, CCLXXXV). Encore ici, l'altération la plus ordinaire était le ramollissement, la diffluence rosée ou rougeâtre, ou grisâtre, ou brunâtre. Une fois il y avait aussi du pus (CCLXXXIII).

XVII. 5 fois les corps striés et les couches optiques étaient affectés en même temps, tantôt du côté droit (CCXCIII), tantôt du côté gauche (CCLXXXIX, CCXC), tantôt les deux côtés (CCXCI, CCXCII), offrant toujours un ramollissement très marqué, une bouillie violacée, rougeâtre ou brune, quelquefois d'aspect bourbeux ou purulent.

XVIII. L'hémiplégie alterne signalée a répondu à un ramollissement putrilagineux lie de vin du corps strié droit, d'où la paralysie des membres gauches, et au ramollissement de quelques points de l'hémisphère gauche pouvant rendre raison de la paralysie du côté droit de la face (CCLXXVI).

XIX. Le ramollissement d'un lobe voisin a été constaté plusieurs fois, ainsi que celui des nerfs optiques et olfactifs, du corps calleux, de la voûte à trois piliers, etc. On a aussi remarqué l'induration d'un lobe (CCLXXIX); plusieurs fois, l'accumulation de la sérosité dans les ventricules (CCLXXII, CCLXXIV, CCLXXXII, CCLXXXIV, CCLXXXIX, CCXCII) et une légère altération des vaisseaux encéphaliques (CCLX, CCLXVIII).

L'examen microscopique des parties ramollies a présenté les caractères déjà plusieurs fois signalés, tubes médullaires brisés, corpuscules et granules d'exsudation en grand nombre (CCLX, CCLXIII, CCLXVII).

9e SECTION. — ENCÉPHALITE AFFECTANT LE CERVELET, OU CÉRÉBELLITE.

Les faits suivants sont exposés en quatre séries, selon le degré d'intensité ou le mode de terminaison de la phlegmasie.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Cérébellite marquée par la rougeur et la tuméfaction des parties affectées.*

Plusieurs observations déjà exposées ont montré comme coïncidence des changements de couleur du cervelet. Il serait inutile d'y revenir. L'occasion se présentera d'en noter quelques autres.

Il a été fait mention aussi de coloration rose ou *hortensia* du cervelet comme altération principale de cet organe [1]; mais ces faits sont peu nombreux, et laissent des doutes sur le véritable caractère de la lésion. Les suivants appartiennent d'une manière assez positive à l'état de phlegmasie.

CCXCIVe OBS. — Fille, vingt-quatre ans, robuste, épileptique. Morte d'un abcès du poumon. — Cervelet remarquable par l'épaisseur et la rougeur de son lobe antérieur, lequel a toutes les apparences de l'inflammation. Le lobe postérieur est blanc en dedans comme en dehors [2].

CCXCVe OBS. — Homme, épileptique depuis sa première jeunesse, robuste, et d'ailleurs en bonne santé. Trois jours avant sa mort, légers tremblements de tout le corps; il n'en continue pas moins à travailler. Le matin du dernier jour de sa vie, il scie encore du bois; mais il cesse brusquement, et se retire dans sa chambre. Vers midi, on entend un grand bruit, et comme il ne venait pas dîner, on va le chercher; il était mort sur le plancher. — Cervelet très altéré, d'une grosseur considérable; sa face supérieure d'un rouge foncé; ses vaisseaux gonflés de sang. La région antérieure est rouge en dedans comme en dehors; la partie postérieure est bleuâtre; vers la région moyenne se trouve une matière jaune, visqueuse et transparente [3].

(1) Binard, *Annales de la Soc. de Méd. de Gand*, 1840. (*Gaz. méd. de Paris*, 1840, p. 698.)
(2) Jos. Wenzel, *Obs. sur le cervelet des épileptiques*. Trad. Paris. 1811, p. 88.
(3) *Idem, ibidem*. p. 72.

CCXCVI° Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, maigre, sanguin et nerveux; tête appuyée longtemps contre le tuyau d'un poële pas très chaud; sommeil dans cette position. 2 décembre, rétraction des muscles du côté gauche de la face, trismus, pupilles dilatées; sensibilité obtuse aux deux membres droits, abolie dans tout le côté gauche du corps; la peau peut y être pincée et tordue sans perception. Mouvements des membres droits libres et soumis à la volonté; les membres gauches sont aussi mobiles; mais les mouvements en sont brusques et irréguliers. Réponses tardives et à demi-mots. Pas de céphalalgie; pouls fréquent. 3, pupille gauche plus dilatée que la droite. Sang non couenneux. Ecchymoses sur le membre supérieur gauche, qui est froid. 5, pupille plus dilatée à droite; alternatives de mieux et de plus mal. 23, recrudescence, fièvre, adynamie, stertor. Mort le 27. — Pie-mère très injectée de sang rouge sur les hémisphères cérébraux, ainsi que la substance grise. Une once et demie de sérosité dans les ventricules latéraux. Vaisseaux des corps striés très injectés, surtout ceux du corps strié droit, et spécialement de leur substance grise intérieure; plexus choroïdes pleins de sang. Pie-mère du cervelet très injectée, surtout au lobe droit. La substance corticale de ce lobe est particulièrement le siége d'une injection plus considérable que celle du cerveau et des corps striés. Cœur volumineux; aorte large; sa membrane interne ulcérée dans l'étendue de plusieurs pouces (1).

Deuxième série. — *Cérébellite avec induration de quelques points.*

CCXCVII° Obs. — Un adolescent ne se plaignait que d'une douleur de tête permanente, mais peu vive. Pas de fièvre; yeux presque fixes, air abattu. Au bout de quinze jours, mort la nuit subitement. — Épanchement séreux dans les ventricules latéraux. Altération très grave du cervelet, surtout de la majeure partie du lobe gauche. Son tissu est grisâtre, un peu dur, homogène; il ne conserve pas de traces de son organisation normale. Là se trouve aussi une matière liquide, jaunâtre, analogue à un mucus visqueux (2).

CCXCVIII° Obs. — Homme, vingt-un ans, grand, air hébété, parlant à peine; douleur profonde et continue à la partie postérieure et droite de la tête. Yeux saillants, peau de la face et du corps sale, sèche et comme terreuse. Pas de paralysie, mais décubitus habituel sur le dos; mouvements difficiles, sensibilité obtuse. Pas d'érection

(1) Bellingieri, *Giornale delle scienze mediche in Torino.* (*Gaz. méd.*, 1838, p. 568.)
(2) Monteggia, *Fasciculi pathologici.* Turici Helvetorum, 1790, p. 53.

depuis le commencement de la maladie. — Lobe droit du cervelet plus volumineux que le gauche, et présentant à sa face supérieure une saillie formée par une tumeur rougeâtre, d'apparence charnue; substance médullaire voisine jaune-clair, consistante, ayant l'aspect d'une membrane qu'on aurait pu regarder comme un kyste. Verge longue, ridée; gland découvert, testicule droit de volume ordinaire. Hydrocèle gauche, avec testicule mou et peu volumineux (1).

Troisième série. — *Cérébellite avec ramollissement.*

CCXCIXe Obs. — Homme, trente ans, percussion à l'occiput. Accidents inflammatoires dissipés; il reste un état particulier dans le regard, parfois des idées incohérentes. La marche s'opère en portant involontairement les pieds en arrière. Mort le treizième jour. — Cervelet désorganisé en une bouillie blanchâtre, dans laquelle nagent quelques filaments grisâtres et rouges (2).

CCCe Obs. — Palefrenier, environ quarante ans; céphalalgie, étourdissements, vertiges, sentiment de faiblesse, diminution de l'appétit. Douleur de tête concentrée à l'occiput. Intellect affaibli; néanmoins, réponses justes. Motilité, sensibilité des membres non altérées; vue diminuée à l'œil droit, mais pupilles égales. Pouls non fréquent. Troisième jour, agitation, mouvements brusques et désordonnés, presque convulsifs; mains portées vers l'occiput. Dyspnée; état d'asphyxie, mort. — Injection générale des méninges; ramollissement rougeâtre de l'hémisphère gauche du cervelet dans sa moitié postérieure et inférieure (3).

CCCIe Obs. — Femme, quarante-cinq ans, forte constitution, bien réglée; elle est tombée la face contre terre il y a un mois, et s'est relevée sans autre accident. Quelques jours après, céphalalgie, vomissements; intelligence nette. 2 février, paralysie du côté droit de la face, marquée surtout par l'abaissement et le relâchement de la commissure, qui laisse couler la salive. Les paupières ne participent pas à cette paralysie. La sensibilité est conservée dans le côté droit de la face. 16, strabisme convergent de l'œil droit, pupille droite dilatée et insensible. 20, paralysie des membres gauches. 9 mars, en outre, contracture du membre supérieur gauche et mouvements réflexes conservés. Intellect toujours intact, appétit vorace et vomissements continus. Érythème sur la joue droite et le côté droit du thorax. Mort le 16. — Le lobe droit du cervelet pré-

(1) Gall, *Fonctions du cerveau*, 1823, t. III, p. 297.
(2) Pctiet, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1826, t. VI, p. 163.
(3) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 692.

sente un ramollissement de toute l'épaisseur de la substance blanche, ayant une teinte rosée. Intégrité des méninges, du cerveau et de la moelle allongée ([1]).

CCCII[e] Obs. — Femme, quarante-neuf ans, tempérament sanguin, embonpoint. A quarante-sept ans, obstacle au désir de se marier, vive contrariété, tristesse, isolement volontaire, alternatives d'exaltation, de pétulance maniaque momentanée et de taciturnité. Récemment, délire violent, aigu, avec mouvements tumultueux. Au bout de vingt-quatre heures, attaque apoplectique, paralysie instantanée de la langue, de la jambe gauche et des deux bras. Troisième jour, gêne de la parole, hémiplégie et insensibilité à gauche, stupeur intellectuelle, prononciation embarrassée, pouls peu sensible à gauche; nouvelle attaque apoplectique. Quatrième jour, coma; mort. — Dure-mère injectée; pas de sérosité dans l'arachnoïde; pie-mère injectée et non adhérente au cerveau. Teinte rose de la substance corticale. Lobe droit du cervelet désorganisé, converti en une bouillie humide, coulante, grisâtre, mélangée de teintes ecchymotiques et framboisées ([2]).

CCIII[e] Obs. — Homme, cinquante-trois ans; depuis deux mois, douleur à la partie postérieure et inférieure du crâne. Paralysie et contracture des membres droits, avec conservation de la sensibilité. Face régulière, intelligence intacte; parfois, étourdissements; puis, tout à coup, vue trouble, parole mal assurée, vertiges, et quelques heures après, perte de connaissance. Le lendemain, coma, insensibilité, stertor. Mort vingt-sept heures après l'invasion de l'état apoplectique. — Injection des méninges, teinte rosée de la substance corticale. Épanchement de sang dans le lobe moyen gauche du cerveau et le ventricule latéral correspondant. Au centre du lobe gauche du cervelet, ramollissement jaunâtre et en quelques points rougeâtre, de l'étendue d'une noix ([3]).

CCCIV[e] Obs. — Homme, cinquante-six ans. 11 juillet, perte subite de connaissance, et ensuite, impossibilité de parler; côté droit paralysé, immobile, mais sensible; bouche déviée à gauche, face tuméfiée; pouls plein, dur, fréquent; respiration facile. Quatrième jour, quelques mots sont prononcés; pouls irrégulier, souvent dicrote. Sixième, urine rendue par regorgement; perte de la sensibilité de l'œil et de la paupière du côté droit. Mort le huitième jour. —

([1]) Martineau (service de Nat. Guillot), *Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 605.

([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 171.

([3]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 687.

Méninges et cerveau injectés. Substance blanche du lobe gauche du cervelet, ramollie et réduite en bouillie ([1]).

QUATRIÈME SÉRIE. — *Cérébellite terminée par suppuration.*

CCCV° OBS. — Fille, huit ans, symptômes d'hydrocéphalie, coma, pupilles très dilatées, pouls petit et filiforme, extrémités froides; mort. — Congestion modérée dans les veines du cerveau, dont le tissu est mou. Ventricules pleins de sérosité. Abcès dans le lobe gauche du cervelet, contenant une demi once de pus. Poumons sains. Glandes mésentériques engorgées ([2]).

CCCVI° OBS. — Garçon, neuf ans, ancien flux ichoreux par les oreilles, surdité de la droite. Tout à coup, en novembre, et sans cause, stupeur, tremblement, convulsions; fièvre irrégulière, imitant le type tierce, mais de nature inflammatoire. Treizième jour, paralysie du côté droit. Quatorzième, convulsions et mort. — Abcès dans le lobe droit du cervelet du volume d'un œuf de poule. Pus grisâtre et très fétide ([3]).

CCCVII° OBS. — Garçon, seize ans, douleur et pesanteur à la partie antérieure de la tête, augmentée par les mouvements des yeux; nécessité de se tenir assis le front appuyé, pouls normal, mauvais sommeil. Après trois mois, la douleur paraissait dissipée; bon souper; bonne nuit. Le lendemain, faiblesse subite, et cinq minutes après, mort. — Deux onces de pus de bonne nature dans une tumeur développée au centre du cervelet, et ouverture du sinus latéral gauche de la dure-mère, par où s'était opérée une abondante hémorrhagie ([4]).

CCCVIII° OBS. — Garçon, seize ans, tailleur en acier. 10 janvier, inappétence, céphalalgie frontale, marche facile. 20, langue rouge à la pointe et sur les bords, humide; haleine fétide, un peu de constipation, peau chaude, pouls 100, soif, insomnie. 22, céphalalgie frontale très vive, cris, plaintes. 27, augmentation de la douleur, légère photophobie, pas d'autres symptômes, intelligence nette. 28, mort. — Rigidité cadavérique considérable. Lobe gauche du cervelet ramolli, contenant un abcès volumineux, tapissé par une matière pultacée, grisâtre. Protubérance annulaire et bulbe très

([1]) Rougier, dans Lallemand, *Recherches sur l'Encéphale*, t. I, p. 154.
([2]) Law, *On diseases of the brain.* (*Medico-chir. Review*, 1831, n° 28, p. 547.)
([3]) Joh. Bianchi, *Raccolta d'Opuscoli scientifici e filologici in Venezia, etc.* 1751. (*Commentarii de rebus gestis lips.*, t. III, p. 643.)
([4]) Douglas, *Essais d'Édimbourg*, trad., 1747, t. VI, p. 174.

fermes. Région cérébrale centrale ramollie. Ventricules contenant de la sérosité. Anus offrant une large dilatation infundibuliforme [1].

CCCIX^e Obs. — Fille, dix-huit ans, lymphatique, mal réglée, céphalalgie, arthrite tibio-tarsienne gauche. 16 juin, frissons, céphalalgie générale, continue, avec exacerbations; rougeur et pâleur alternatives de la face; vomissements bilieux répétés; pouls lent, faible; cris déchirants, rotation de la tête sur les oreillers; pas de trouble des idées, ni d'altération dans la sensibilité et la motilité; pupilles un peu dilatées, légère amélioration. 26, regard fixe, strabisme convergent. 27, 28, trouble des idées. En juillet, agitation, cris, vomissement, accès violents de céphalalgie, pouls calme. Mort subite le 28. — Pus dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. Ventricules latéraux distendus par beaucoup de sérosité. Septum détruit; voûte ramollie; corps striés et couches optiques ramollis à leur surface. Lobe droit du cervelet légèrement adhérent au rocher, recelant trois foyers purulents contigus, mais sans communication, contenant environ quatre cuillerées de pus verdâtre et bien lié, dans des kystes à parois épaisses, résistantes et formées de deux membranes : l'une, interne d'apparence muqueuse; l'autre, filamenteuse, et continue avec la substance du cervelet, molle et grisâtre. Rocher sain [2].

CCCX^e Obs. — Fille, dix-neuf ans, douleurs et élancements à l'occiput et à la nuque, puis perte du mouvement; contracture et douleurs dans les membres droits; la douleur occipitale diminuait un peu en inclinant la tête en avant et à gauche, toutefois elle devint de plus en plus vive; mouvements convulsifs; tête portée en arrière, comme dans une sorte de tétanos; connaissance conservée, même pendant les accès; vomissements. Mort dans un état d'asphyxie. — Hémisphère gauche du cervelet occupé, à quelques lignes au dessous de la face supérieure, par un kyste du volume d'un œuf de poule, rempli d'un pus verdâtre; les parois de ce kyste sont constituées par un tissu cellulo-fibreux d'une ligne d'épaisseur. Tissu nerveux sain autour [3].

CCCXI^e Obs. — Soldat, vingt-un ans, tempérament sanguin, faible constitution, fièvre intermittente qui a laissé un teint jaune bistre. 17 septembre, violente céphalalgie à l'occiput; pouls petit, fréquent; peu de chaleur, intelligence intacte, inappétence. Deuxième jour, douleur intolérable de la tête et du rachis, insomnie, agitation, le

[1] Dal Piaz (service de Horteloup), *Moniteur des Hôpitaux*, 1854, t. II, p. 141.
[2] Dance, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 35.
[3] Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 703.

bruit fait mal. 23, opisthotonos, dilatation des pupilles, subdelirium. 24, le malade semble mieux le matin. A deux heures, il meurt brusquement. — Vaste abcès occupant plus de la moitié du cervelet. Vaisseaux encéphaliques gorgés de sang ([1]).

CCCXII^e Obs. — Soldat, vingt-deux ans, malade depuis le mois de mai. Vomissements opiniâtres; céphalalgie habituelle, ressentie surtout au front; tête lourde, sommeil rare, pas de fièvre, respiration facile; langue rouge, humide; peau sèche, pâle, terreuse, maigreur, expression de la face inquiète, faiblesse musculaire, décubitus dorsal, intelligence intacte. Après une légère amélioration, augmentation de la céphalalgie qui se propage en janvier, vers la partie supérieure et postérieure de la tête; fréquence du pouls, odeur de souris, délire et mort. — Parties génitales petites, flétries; vésicules séminales vides (jamais il n'y avait eu de phénomènes particuliers du côté de ces organes). Maigreur. Vaisseaux encéphaliques et méningiens injectés. Substance cérébrale ferme. Quatre onces de sérosité limpide dans les ventricules. Consistance du cervelet augmentée; un abcès en occupe le lobe gauche; il se compose de deux foyers séparés par une lamelle de substance grise, mais communiquant ensemble par un petit orifice; l'un est supérieur, plus étendu, et situé dans l'épaisseur de la substance blanche. Ils contiennent un pus blanc, jaunâtre, gluant. Intestins d'un rouge brun. Foie et rate volumineux ([2]).

CCCXIII^e Obs. — Soldat, grave céphalalgie, puis assoupissement carotique profond; décubitus en supination, yeux ouverts et fixes, pouls égal, fort; respiration naturelle, carphologie continuelle. Mort le cinquième jour, à dater de l'assoupissement. — Abcès de la grosseur d'une aveline dans le cervelet. Pas d'autre altération ([3]).

CCCXIV^e Obs. — Soldat, violente douleur à l'oreille droite, main portée à la région occipitale droite, abattement, air d'indifférence, pas de lésion de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement. Pas d'érections. Mort le troisième jour.— Lobe droit du cervelet converti en une poche de matière purulente verdâtre, consistante. Pas de kyste ([4]).

CCCXV^e Obs. — Jeune militaire, à l'hôpital pour un état morbide léger, non indiqué. En opérant la défécation, attaque subite d'apo-

([1]) Merchie, *Archives belges de Médecine militaire*. (*Gaz. des Hôpit.*, 1855, p. 187.)

([2]) Rennes, *Archives*, 1828, t. XVII, p. 222.

([3]) Privat, d'Alais, 1757, dans Sauvage, *Nosologia methodica*, class. III : *Phlegmasia parenchymatosa cephalitis cerebelli*, t. I, p. 487.

([4]) Haspel, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1836, t. IV, p. 187.



ırus complet, insensibilité des membres
.lles dilatées, face rouge; pouls plein, fré-
heures après l'attaque. — Sérosité dans le
·ux. Vestiges d'ancienne pneumonie circons-
.ctées. Sécheresse de l'arachnoïde à la face
infiltration de sérosité à la base, où elle est
oïdes injectés. Cerveau pointillé et sablé. Dans
gauche, petite cavité; substance ramollie et mêlée
ıt dans le lobe cérébelleux gauche, mais foyer un
ieux, de la grosseur d'une noisette, situé au fond
cérébelleuse; kyste à parois épaisses et comme
ıtenant de la matière sanieuse, jaunâtre, purulente (1).

Obs. — Jeune femme, scrofuleuse, douleur au front;
·nt de matières liquides colorées, pouls 90, peau chaude.
·le quelques jours, la céphalalgie devient occipitale; vomis-
ıles aliments quand la malade se couche à gauche; fièvre
ie, expectoration purulente. Mort après soixante-dix jours de
ie, sans qu'il y ait eu ni délire, ni convulsions, ni paralysie,
ıtération du côté des oreilles. — Abcès enkysté du volume d'une
.x, rempli d'un pus d'apparence scrofuleuse, dans le lobe gauche
u cervelet. Poumons pleins de tubercules (2).

CCCXVIIe Obs. — Paysanne, vingt-cinq ans, mère de trois enfants, maigre, irritable, autrefois scrofuleuse, maintenant atteinte de pellagre, mais pouvant travailler. 28 juin, dans les champs, sous un soleil ardent, céphalalgie subite et violente. 7 juillet, douleur de tête gravative, front chaud, face rouge, intellect intact, yeux larmoyants, légère photophobie, tintements d'oreilles, langue blanche, cou tuméfié par des glandes engorgées, respiration libre, abdomen souple; règles supprimées depuis trois mois; chaleur de la peau normale, érythème squammeux de la face, des mains et des avant-bras, produit par l'insolation; pouls lent, mou, faible. 8, céphalalgie frontale vive, insomnie, vomissement. 9, amendement; pas de fièvre. 14, recrudescence des symptômes, tremblement, pouls lent, front chaud, reste du corps froid. 17, assoupissement, gémissements produits par la céphalée. 19, coma, yeux fixes, pupilles dilatées, langue noire, immobile; soubresauts des tendons, crocidisme, pouls lent. Mort le 24. — Méninges rougeâtres. Vaisseaux de la pie-mère distendus par un sang noir. Ramollissement de la substance cérébrale. Trois onces de sérosité dans les ventricules. Large abcès

(1) Peteaux, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1835, n° 320, p. 24.
(2) Browne, de Newbury, *Medical Times*, 1843, t. VII, p. 53.

dans le lobe droit du cervelet, contenant beaucoup de pus verdâtre et fétide ([1]).

CCCXVIII[e] Obs. — Homme, vingt-sept ans, malade pendant vingt-un jours. 10 janvier, fièvre, herpès labial, parole embarrassée depuis douze jours, rêvasseries, forte céphalalgie, pouls de 110 à 120, tombant à 40; agitation, plaintes continuelles, gémissements, battements violents des artères temporales, tête chaude et renversée en arrière, poitrine portée en avant, cou roide, genoux relevés; légère amélioration; appétit, mort après avoir bien déjeuné. — Pas de trace de méningite. Cerveau vasculaire, mais surtout le cervelet, qui contient un large abcès diffus, formé de beaucoup de matière purulente épaisse, situé très près de la surface supérieure, où elle est limitée par une lame mince. Pas d'altération des os ([2]).

CCCXIX[e] Obs. — Homme, vingt-sept ans, chute à la renverse, dans laquelle l'occiput a frappé contre le sol. Quelques jours après, douleur dans cette région. Un mois après, perte de connaissance et mouvements convulsifs des quatre membres, accident qui se reproduit une ou deux fois par semaine. Engourdissement, spasmes, puis paralysie et résolution des membres droits avec légère diminution de la sensibilité et élancements douloureux; bouche déviée à gauche, douleur occipitale augmentée par le moindre mouvement, la main s'y porte sans cesse. Sens et intellect parfaitement intacts, nausées, vomissements, langue sèche, non déviée; diarrhée, pouls fréquent, régulier; respiration normale; enfin, convulsions prolongées, coma. Mort le 13 juillet, huit mois et demi après l'invasion de la maladie. — Vive injection de la substance corticale du cerveau. Substance blanche offrant un pointillé très marqué; l'une et l'autre de consistance ordinaire. Cervelet très injecté; son lobe gauche est occupé par un foyer purulent capable de loger un œuf de pigeon. Le pus y est bien lié, d'un jaune légèrement verdâtre, enveloppé d'une membrane d'une demi-ligne d'épaisseur et lisse. Pas de lésion de la moelle ni des autres organes ([3]).

CCCXX[e] Obs. — Homme, quarante ans, de constitution délicate; syphilis il y a quatre ans, coup derrière la tête il y en a deux; rétablissement. 20 février, en marchant dans la rue, attaque subite de vertige et de contractions cloniques involontaires du bras gauche; le sujet ne tombe pas, ne perd pas connaissance, et revient chez lui. En se mettant au lit, pareil mouvement convulsif

([1]) Franc. ab Hildenbrand, *Annales scholæ clinicæ ticinensis. Papiæ*, 1830, t. II, p. 307.
([2]) Gordon, *Dublin quarterly Journal of med. Science*, 1853, may, p. 472.
([3]) Duplay, *Archives*, 1836, 2[e] série, t. XII, p. 275.

se reproduit dans la jambe gauche; dyspnée, écume à la bouche, marche difficile. 20 mars, air de fatigue, coucher dorsal, impossibilité de se relever et de se servir des membres, dont les mouvements sont lents et difficiles, surtout ceux du bras droit; les deux mains serrent cependant avec beaucoup de force, la gauche surtout, mais cet effort ne dure que quelques secondes, bien que les doigts restent fléchis, et il faut un nouvel effort pour les ramener dans l'extension; sensibilité et pouvoir réflexe dans un état normal; disposition au refroidissement, dont le malade ne s'aperçoit pas lui-même. Yeux naturels, pupilles sensibles, non dilatées; langue naturelle, sortie avec activité et sans déviation; vomissement fréquent des aliments, provoqué par le plus léger effort; forte constipation depuis un mois; pouls très faible, petit et fort lent; aucune douleur le long du rachis. 26, voix faible et plaintive, moral peu actif; les réponses se font attendre une ou deux minutes, mais elles sont correctes et justes; la langue ne se meut qu'avec lenteur. 30, attaque convulsive, vomissement, stupeur, vains efforts pour parler; le lendemain, il paraît y avoir plus de force. 1er avril, douleur à l'occiput au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales. 6, maigreur, abdomen rétracté; moral irritable, paroles étranges et incohérentes, réponses justes, mais lentes à venir; sorte de distraction et effort pour rappeler les souvenirs. 11, affaiblissement, eschare au sacrum. 13, battements de cœur fréquents et forts, pouls relevé. 23, yeux hagards, intellect, parole suspendus et le lendemain rétablis; divagations, sensibilité au bruit, côté gauche aussi complètement paralysé que le droit, urines involontaires. 6 mai, délire tranquille, presque continuel. Mort le 11. — Méninges et cerveau peu injectés, à l'état presque normal. Dans la substance du cervelet, plusieurs abcès enkystés contenant du vrai pus verdâtre; ils sont également disséminés du côté de la surface supérieure, et plus nombreux du côté gauche, vers la base; leur grosseur est de celle d'un pois à celle d'une bille de marbre; le kyste a une épaisseur d'une ligne et est assez résistant pour qu'on puisse le détacher de la substance du cervelet. Le lobe central est exempt d'abcès. Les circonvolutions de cet organe sont injectées, surtout dans un petit espace du côté gauche. Substance grise de la moelle allongée et de la moelle épinière très pâle. Celle-ci fort ramollie. Fluide gélatiniforme entre elle et la dure-mère (1).

CCCXXIe Obs. — Prêtre, quarante-six ans, forte constitution, bon appétit, douleur sous le coronal, vertiges, vomissements pendant un an, marche chancelante, disposition à tomber à la renverse. Mort

(1) Samuel Chamberlaine, *American Journal of med. Science*, 1851, january, p. 101.

subite. — Cervelet affaissé, remplacé par une liqueur lymphatico-purulente, brune, jaune et fétide [1].

CCCXXII[e] Obs. — Femme, cinquante-neuf ans. Depuis trois mois, langueur générale, céphalalgie occupant la partie postérieure de la tête, palpitations, digestions pénibles, nausées, douleurs épigastriques, morosité, somnolence, engourdissement intellectuel; pas de délire, fourmillements dans tout le côté droit, qui est plus faible que le gauche. Mort le sixième mois. — Abcès considérable occupant presque tout le lobe gauche du cervelet [2].

CCCXXIII[e] Obs. — Homme, soixante-un ans, petite stature, tempérament sanguin; percussion par un corps obtus sur la partie postérieure et latérale droite de la tête; perte de connaissance pendant un quart d'heure, retour assez prompt dans un état presque normal; toutefois, il existait comme la sensation d'une boule dans le crâne; peu de vin produisait des tournoiements de tête; la marche était impossible; il fallait soutenir le côté gauche, plus faible que le droit. Deux ans après, moral triste, irritable; emportements suivis de tremblement des jambes, mauvaises digestions, sommeil interrompu, jambe gauche très faible, bras gauche engourdi. Après une amélioration de deux mois, rétention d'urine, fièvre, délire, dévoiement séro-sanguinolent, prostration des forces. Mort. — Cerveau sain. Dure-mère épaissie dans la fosse occipitale droite et dans une partie de la gauche. Sinus pleins de sang. Cervelet pâle à gauche, très injecté à droite, où il est ramolli et renferme un abcès, lequel s'étend vers le pédoncule correspondant, qui est lui-même ramolli [3].

CCCXXIV[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans, aliénée depuis plusieurs années; mais, depuis huit mois, manie violente. Membres inférieurs insensibles et roides dans le sens de l'extension, main droite paralysée; constipation, urines involontaires, pouls accéléré, peau chaude, douleur et battements au front, insomnie, vociférations le jour et la nuit; du reste, réponses en rapport avec les questions; mais, de suite après, idées tout à fait incohérentes. Ni convulsions, ni coma. — Cerveau ferme, d'un petit volume, ne pesant que 36 onces. Substance médullaire surtout très consistante. Cervelet très vasculaire; en le divisant, le corps rhomboïde est trouvé ramolli et imbibé de matière purulente [4].

[1] Delamarre, *Ancien Journal*, t. XXXIII, p. 508.

[2] Ducrot, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1812, n° 106, p. 7.

[3] Serres, *Journal de Physiologie* de Magendie, t. III, p. 130.

[4] Popham, *Dublin quarterly Journ. of med. Science*, august, 1862 (half yearly abstract), t. XXXVI, p. 82.

CCCXXVe Obs. — Femme, quatre-vingts ans. Depuis plusieurs années, céphalalgie avec tintements d'oreille, obscurcissement de la vue, vertiges passagers, confusion partielle des idées; parfois, exacerbation des maux de tête, frissonnements, constipation. Dans les derniers temps, vertiges habituels, sentiment de pesanteur dans la tête, qui ne peut se soulever qu'avec peine de dessus les oreillers; dans un effort fait pour la relever, perte de connaissance, insensibilité, pupilles dilatées, respiration stertoreuse, pouls lent, déprimé. Mort peu de temps après. — Environ 4 onces de sang coulent à l'ouverture du crâne. Dure-mère et arachnoïde très épaisses et couvertes de petits tubercules du volume d'un pois; l'un d'eux est attaché à la faux; leur contenu a la consistance du fromage. Surface de l'arachnoïde couverte de lymphe coagulable. Tout le cerveau très vasculaire. Hémisphère droit ramolli. Ventricules pleins de sérosité. Dans le lobe droit du cervelet, deux onces de pus. Artère basilaire rupturée et moelle allongée couverte de lymphe [1].

Résumé des observations de cérébellite.

I. Les faits de cérébellite, dont j'ai à rendre compte, sont au nombre de 32, ainsi divisés :

1° Inflammation marquée par la rougeur et la tuméfaction du cervelet	3
2° Cérébellite avec induration	2
3° — avec ramollissement	6
4° — avec suppuration	21
	32

II. Les sujets de ces observations appartenaient 21 fois au sexe masculin et 11 fois au sexe féminin.

III. Parmi eux se trouvaient :

2 enfants âgés, l'un de 8 et l'autre de 9 ans.
5 individus ayant de 11 à 20 ans.
12 — de 21 à 30 —
2 — 40 ans.
3 — de 41 à 50 —
4 — de 51 à 60 —
2 — l'un 61 et l'autre 70 ans.
1 — 80 ans.

[1] Maclean, de Glasgow, *Medico-chir. Review*, 1833, n° 27, p. 159.

IV. Quelques malades étaient robustes et sanguins; cinq étaient des militaires. Une femme était mal réglée; une autre ne l'était pas depuis trois mois (CCCIX, CCCXVII).

V. Les maladies antérieures ont été l'aliénation mentale (CCCXXIV), l'épilepsie (CCXCIV, CCXCV), les scrofules (CCCXVI), la pellagre (CCCXVII), la syphilis (CCCXX), l'arthrite (CCCIX).

VI. On peut considérer comme causes d'anciennes ou de récentes percussions sur le crâne (CCXCIX, CCCXIX, CCCXI, CCCXXIII) ou sur la face (CCCI), une chaleur vive dirigée vers la tête (CCXCVI, CCCXVII), de fortes contrariétés (CCCII).

VII. La cérébellite a souvent été précédée, pendant assez longtemps, de symptômes graves. Le plus fréquent a été une céphalalgie opiniâtre, aussi souvent frontale qu'occipitale (CCCVII, CCCVIII, CCCIX, CCCXVII, CCCXX, CCCXXI, CCCXXII, CCCXXV). Les autres phénomènes précurseurs ont été la pesanteur de tête, les vertiges, l'obscurcissement de la vue, les tintements d'oreilles, les vomissements, etc.

VIII. L'*invasion* a quelquefois été subite, par une sorte d'état apoplectique (CCCII, CCCXIV), la perte de la parole et des sens (CCCIV, CCCXIX, CCCXXIII, CCCXXV), ou la contraction clonique d'un membre (CCCXX).

IX. La *céphalalgie* a constitué un symptôme ordinaire de la maladie. Elle a eu lieu dans 21 cas; mais, dans quelques-uns, elle a été nulle ou très légère (CCXCVI, CCXCVII). Elle a pu être générale et revenir par accès (CCCIX); elle est assez souvent occipitale (CCXCVIII, CCC, CCCIII, CCCX, CCCXI, CCCXIV, CCCXVII, CCCXIX, CCCXX), mais parfois frontale (CCCVIII, CCCXII, CCCXVI, CCCXVII, CCCXXI, CCCXXIV). Il est vrai que chez quelques-uns, après avoir été frontale, elle est devenue occipitale (CCCXII, CCCXVI, CCCXXI); plusieurs malades ont eu des étourdissements, des vertiges. Un individu se plaignait d'avoir la sensation pénible d'une boule dans le crâne (CCCXXIII).

X. L'*intellect* a souvent conservé sa netteté, du moins pendant une grande partie de la durée de la maladie (CCCI, CCCIII, CCCVIII, CCCIX, CCCX, CCCXI, CCCXII, CCCXIV, CCCXVI,

CCCXVII, CCCXIX). Dans un petit nombre de cas, il était obtus, troublé, comme engourdi ; la parole a été lente, embarrassée (CCXCVI, CCXCVIII, CCXCIX, CCCII, CCCXVIII, CCCXX) ou même nulle (CCCIV).

XI. Il y a eu quelquefois du *délire;* mais il a été léger, borné à des rêvasseries, à des idées incohérentes (CCXCIX, CCCXI, CCCXII, CCCXVIII, CCCXX, CCCXXIII, CCCXXIV).

XII. L'*assoupissement* n'a pas non plus été fréquent (CCCII, CCCV, CCCXIII, CCCXVII, CCCXX).

Il y a eu plus souvent de l'*insomnie,* de l'*agitation,* des *cris,* des *plaintes* (CCC, CCCVIII, CCCIX, CCCXI, CCCXII, CCCXVIII, CCCXXIV).

XIII. Les *yeux* ont été fixes, sensibles à la lumière. Les pupilles ont paru dilatées huit fois (CCXCVI, CCCI, CCCV, CCCIX, CCCXI, CCCXV, CCCXVII, CCCXXV). Quelquefois, c'était l'une d'elles seulement ou alternativement la droite et la gauche (CCXCVI, CCCI).

La vue n'a été affaiblie ou perdue que rarement (CCC, CCCIII, CCCIV); il n'y a eu que deux cas de strabisme (CCCI, CCCIX).

Quelques sujets se sont plaints de tintements d'oreilles, de vive sensibilité au bruit, de battements très forts des carotides (CCCXI, CCCXVII, CCCXVIII).

XIV. Les symptômes ont été très variables du côté de l'appareil *locomoteur;* la marche a été quelquefois assez facile (CCCVIII), et la motilité est restée normale (CCCIX, CCCXIV); mais, d'autres fois, la progression a été difficile (CCCXX), vacillante (CCCXXIII); les pieds avaient une tendance à se porter en arrière (CCXCIX).

On a vu des tremblements (CCXCV, CCCVI, CCCXVII), des mouvements brusques, irréguliers des membres d'un côté (CCXCVI, CCC), des soubresauts de tendons (CCCXVII), des mouvements convulsifs (CCCX, CCCXX), des convulsions (CCXCIV, CCXCV, CCCVI, CCCXIX).

XV. Dans d'autres cas, le système musculaire paraissait frappé de débilité (CCCXII, CCCXX). Il y avait hémiplégie; elle

s'est montrée à droite (CCCIII, CCCIV, CCCVI, CCCX, CCCXIX) ou à gauche (CCCI, CCCII, CCCXXIII). La face était paralysée du même côté dans un cas (CCCIV), du côté opposé dans un autre (CCCI); mais, dans ce dernier, qui constituait une hémiplégie alterne, la paralysie faciale ne portait que sur les muscles labiaux et non sur ceux des paupières. La paralysie a paru, dans un cas, bornée à la main droite, tandis que les membres inférieurs étaient roides dans l'extension et insensibles (CCCXXIV).

XVI. Il y a eu contracture des membres droits ou gauches (CCCI, CCCX), ou encore roideur du cou et renversement de la tête en arrière (CCCX, CCCXVIII), opisthotonos (CCCXI), trismus (CCXCVI).

XVII. La sensibilité n'a offert que peu de modifications. Il est survenu des douleurs, des fourmillements dans les membres d'un côté (CCCX, CCCXXII), sentiment émoussé ou nul à droite (CCXCVIII, CCCXV) ou à gauche (CCXCVI, CCCII) sans perte du pouvoir réflexe (CCCXX).

XVIII. Le pouls a été souvent fréquent, parfois lent (CCCIX, CCCXVII, CCCXX, CCCXXV) ou successivement fréquent et lent (CCCXVIII).

XIX. La respiration n'a offert que de rares altérations.

XX. Il y a eu des vomissements ou des nausées chez 10 individus (CCCI, CCCIX, CCCX, CCCXII, CCCXVI, CCCXVII, CCCXIX, CCCXX, CCCXXI, CCCXXII).

XXI. L'action de la volonté a été suspendue quant aux évacuations urinaires chez quelques individus.

XXII. On n'a noté aucun phénomène spécial du côté des organes sexuels. Divers observateurs en ont fait la remarque (Gall, Rennes, Haspel).

XXIII. Ainsi, la symptomatologie de la cérébellite ne compte que peu de traits distinctifs. Les troubles de la locomotion sont peu marqués, variés et inconstants; ceux des facultés génératrices inaperçus. La céphalalgie elle-même n'est pas toujours en rapport avec le siége de la phlegmasie. Mais quand elle est occipitale et accompagnée de vomisse-

ments, de dilatation des pupilles, de faiblesse ou de spasmes musculaires, on est mis sur la voie. Néanmoins, le diagnostic de la cérébellite doit être regardé comme obscur et difficile.

XXIV. Quelquefois, malgré les altérations profondes qui se sont produites dans les substances du cervelet, la maladie, demeurée à l'état latent, a pu ne paraître encore qu'à la période prodromique (CCCVII, CCCVIII, CCCIX, CCCXI, CCCXVI, CCCXXI), ou bien elle s'est terminée brusquement après une amélioration qui pouvait faire regarder le danger comme dissipé (CCCXII, CCCXVIII).

XXV. La durée de la cérébellite a été très variable. Elle a été de deux (CCCXV), trois (CCCXIV), quatre (CCCII), cinq (CCCXIII), huit (CCCIV, CCCXI), douze (CCCIX), treize (CCXCIX), quinze (CCXCVII), dix-huit (CCCVIII), vingt-un (CCCXVIII), vingt-cinq (CCXCVI), vingt-six (CCCXVII) jours. Elle a été aussi de quarante-cinq jours (CCCI), soixante-dix jours (CCCXVI), trois mois (CCCXX) et même six mois (CCCXXII), huit mois (CCCXIX) et deux ans (CCCXXIII).

La mort a été occasionnée chez quelques sujets par des altérations étrangères à la cérébellite, la rupture d'un des sinus latéraux (CCCVII), un abcès pulmonaire (CCXCIV), etc.

XXVI. Les investigations anatomo-pathologiques ont montré le cervelet dans des états variés de phlegmasie.

Le mode de lésion le plus simple, observé chez trois sujets, a consisté en une vive injection, une rougeur foncée, une tuméfaction générale ou partielle du cervelet (CCXCIV, CCXCV, CCXCVI). Dans deux autres cas, la substance de cet organe offrait, en outre, une induration plus ou moins étendue ou saillante de quelques points (CCXCVII, CCXCVIII), indépendamment des autres indices de phlegmasie. Six fois, il y avait ramollissement du cervelet présentant, dans son ensemble ou dans un de ses lobes, une bouillie rougeâtre ou grisâtre.

XXVII. Dans 21 cas, c'est à dire dans les deux tiers, il y a eu production de pus. On peut donc dire que la suppuration est la terminaison la plus fréquente de la cérébellite.

Les abcès du cervelet ont eu un volume variable, celui d'une aveline (CCCXIII), d'une noix (CCCXVI), d'un œuf de pigeon (CCCXIX), de poule (CCCVI, CCCX). Généralement, il n'y avait qu'un foyer; d'autres fois, il y en a eu deux (CCCXII), trois (CCCIX), ou même un plus grand nombre (CCCXX). Le pus, en quantité assez considérable, était grisâtre ou verdâtre, fétide, souvent enveloppé dans un kyste épais (CCCX, CCCXV, CCCXIX), formé de deux lames (CCCX); ou bien il était infiltré dans la substance médullaire (CCCXVIII, CCCXXIV), ou colligé, sans enveloppe membraneuse spéciale (CCCXIV).

Il importe de ne pas confondre les abcès enkystés avec les tubercules du cervelet parvenus à la période de suppuration; mais ceux-ci, en général multiples, sont rarement au même degré de ramollissement et de fonte, et il est ordinairement facile d'y constater la présence de la matière tuberculeuse.

XXVIII. Les diverses lésions que je viens de rappeler ont occupé dans le cervelet des siéges variés. Cinq fois la presque totalité de cet organe était envahie (CCXCV, CCXCIX, CCCXVIII, CCCXX, CCCXXI); trois fois la phlegmasie était bornée à la région centrale (CCXCIV, CCCVII, CCCXXIV); dix fois elle occupait le lobe droit (CCXCVI, CCXCVII, CCCI, CCCII, CCCVI, CCCIX, CCCXIV, CCCXVII, CCCXXIII, CCCXXV); douze fois le gauche CCXCVII, CCC, CCCIII, CCCIV, CCCV, CCCVIII, CCCX, CCCXII, CCCXV, CCCXVI, CCCXIX, CCCXXII); deux fois le siége précis est resté douteux (CCCXI, CCCXIII).

L'hémiplégie, qui est assez rare dans la cérébellite, s'est ordinairement manifestée du côté opposé à la lésion; mais un cas fait exception : l'une et l'autre siégeaient à droite (CCCVI). Dans le cas de paralysie alterne, on n'a constaté qu'un ramollissement du lobe droit (CCCI).

XXIX. Parmi les altérations coïncidentes, il faut noter l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans les ventricules latéraux (CCXCVI, CCXCVII, CCCV, CCCVIII, CCCIX, CCCXII, CCCXVII, CCCXXV). Un cas de cérébellite paraît avoir occasionné une hémorrhagie cérébelleuse promptement fu-

neste (CCCIII). On a mentionné une hydropéricarde (CCCXV), une lésion organique du cœur (CCXCVI), la présence du pus dans une articulation (CCCIX).

10° SECTION. — ENCÉPHALITE SIÉGEANT DANS LE MÉSOCÉPHALE, LES PÉDONCULES CÉRÉBRAUX, LE BULBE RACHIDIEN.

Cette section renferme des phlegmasies d'une extrême gravité; les organes affectés sont d'une grande importance; ils ont entre eux des rapports étroits de texture et de fonctions. Leurs éléments constitutifs sont continus. Les inflammations du mésocéphale peuvent en occuper l'ensemble ou quelques parties distinctes; mais une localisation se dégage des autres par des caractères spéciaux : c'est celle qui forme la paroi inférieure du quatrième ventricule. Quelques faits ont également appris à distinguer l'inflammation particulière des pédoncules cérébraux. Enfin, on a, mais bien rarement, rencontré celle du bulbe rachidien. De là, les quatre paragraphes dans lesquels se partage cette étude.

§ I. — Inflammation du mésocéphale.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Inflammation du mésocéphale marquée par le changement de coloration et l'augmentation de consistance.*

CCCXXVI° OBS. — Fille, quatorze ans, ayant beaucoup d'esprit, devenue stupide, avec atrophie et fièvre lente nerveuse. — Moelle allongée très dure dans toute son étendue, surtout au pont de Varole, qui était en même temps très gonflé, et couvert d'un lacis vasculaire dilaté dans plusieurs endroits, comme s'il avait été très injecté (1).

CCCXXVII° OBS. — Femme, ayant une paralysie du nerf facial gauche. Quelques jours après, paralysie du nerf facial droit. Céphalalgie continue. — La surface externe du mésocéphale est rugueuse et vasculaire, la substance médullaire d'une couleur jaune brune intérieurement et à une grande profondeur, sans ramollissement (2).

(1) Portal, *Anatomie médicale*, t. IV, p. 110.
(2) Smith, *The Dublin Journal of med. Science*, 1842, t. XX, p. 479.

A ces deux faits, j'en ajouterais un troisième, si je suivais l'opinion, cependant très autorisée, de l'auteur; mais on va en juger : Un soldat reçoit un coup de traversin sur l'occiput. Douleur très vive et continuelle s'étendant à la région pariétale droite et à l'orbite. Roideur constante du cou. Inclinaison de la tête à droite. Intellect intact. Perte du mouvement dans les membres droits, la sensibilité y persiste, et même s'exalte, surtout au bras. Les membres gauches et la vessie se paralysent. Le cerveau, le cervelet, la moelle, sont dans un état normal. La protubérance seule a une couleur grisâtre, mais sans autre détérioration manifeste. Or, les articulations des premières vertèbres étaient pleines de pus; et les ligaments odontoïdiens étaient altérés. Il existait un abcès rétro-pharyngien [1]. Gama attribue les accidents à l'inflammation de la protubérance irritée par la présence du pus. Mais cet organe n'était ni injecté, ni tuméfié, ni rouge, ni ramolli, ni induré. Il me paraît qu'il s'agissait plutôt d'imbibition que de phlegmasie.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Inflammation du mésocéphale, avec ramollissement de son tissu.*

CCCXXVIII[e] OBS. — Un boucher, âgé de vingt-cinq ans, intempérant; vertiges, étourdissements, épistaxis. 7 novembre, affaiblissement subit du côté gauche du corps, sans perte de connaissance, ni de la parole; étourdissement et bruit dans la tête. Le côté gauche est privé de sensibilité, et la bouche est déviée du même côté. Le 15, perte de la parole et paralysie du côté droit. Le bras droit ne peut être mu que faiblement, sous l'influence de la volonté. Le bras gauche est fléchi contre la poitrine et roide; il ne peut être étendu qu'en employant la force. Membres inférieurs complètement paralysés et relâchés; bouche fermée, et tête fortement tirée en arrière par la contraction musculaire; toutes les parties paralysées sont insensibles. Évacuations involontaires. Pupilles un peu dilatées, et modérément sensibles à la lumière; intelligence notablement troublée; respiration accélérée, gênée, stertoreuse; pouls 108. 16 novembre, résolution des membres inférieurs, contraction du bras gauche, rigidité de la bouche et du cou, pouls 120, face rouge,

(1) Gama, *Plaies de tête*, p. 137.

embarras plus grand de la respiration. 17, intellect plus obtus, bras gauche dans un état de complète résolution, la bouche ne peut être que partiellement ouverte, la rigidité du cou persiste, coma; mort le 18. — Arachnoïde soulevée par une exsudation gélatiniforme opaline, et parsemée de petites taches blanches. Grandes veines de la surface du cerveau pleines de sang. Vascularité marquée de l'encéphale. Un peu de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne. Le pont de Varole offre à son centre, un ramollissement de la grosseur d'une noisette. Cette lésion se trouve plus à droite qu'à gauche de la ligne médiane, elle est sans altération de la couleur, et le tissu n'est pas réduit à l'état pultacé. Moelle allongée saine. Le microscope fait distinguer des corpuscules d'exsudation dans le pont de Varole, surtout à droite (1).

CCCXXIX° Obs. — Femme, vingt-huit ans, accouchement en novembre. Janvier suivant, suppression des règles, céphalalgie. Février, exposition au froid, état d'hébétude. Cinquième jour, perte de connaissance, puis coucher en supination, face pâle, abattue, assoupissement, langue humide et rosée, pas de paralysie des bras, abdomen sensible à la pression, cris, serrements des mâchoires. Seizième jour, roideur des membres, pouls petit; parfois, agitation. Vingt-deuxième, déviation de la bouche à droite, délire sourd. Vingt-troisième, sensibilité plus obtuse. Vingt-cinquième, pupilles resserrées; parfois, résistance des bras à l'extension; ils conservent la position qu'on leur donne. Mort. — Arachnoïde de toute la surface du cerveau opaque, et épaissie à la base, où la pie-mère est infiltrée de sérosité lactescente. Deux onces de liquide analogue dans les ventricules. Protubérance annulaire ramollie, partout diffluente, de couleur jaunâtre, homogène. Péritoine couvert de tubercules (2).

CCCXXX° Obs. — Homme, trente-un ans, forte constitution; céphalalgie pendant quelques jours. 25 janvier, perte subite de la parole, du mouvement et du sentiment du côté gauche; respiration presque ordinaire, pouls dur et fréquent, pupilles très dilatées, la gauche immobile; face tirée en bas et à droite, connaissance un peu recouvrée, ainsi que la vue du côté droit. On peut voir la langue, dont la pointe s'incline à gauche; parole embarrassée, simples monosyllabes, mots inintelligibles. Main droite portée en tremblant au sommet de la tête, face très abattue, intelligence nulle, vomissements le troisième jour. Dixième jour, perte absolue de la parole,

(1) J. Hughes Bennett, *Pathological and histological Researches on inflammation of the nervous system*. Edinb., 1843, p. 44. (*Edinb. Medical and Surgical Journal*, n° 155.)

(2) Martin Solon, dans Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. 1, p. 158.

déglutition difficile et comme spasmodique, pas de rigidité dans le côté gauche paralysé, coma profond. Mort le vingt-unième jour. — Légère injection des vaisseaux des méninges et de la substance cérébrale. Une once de sérosité transparente dans chaque ventricule latéral. A la partie inférieure et moyenne droite de la protubérance annulaire, ramollissement très distinct, de la grosseur d'une amande, dépassant un peu la ligne médiane, d'une couleur rose faible, comme s'il se fût opéré une infiltration de sang; il est constitué par un tissu pulpeux, floconneux, dont le scalpel enlève une couche mince semblable à du pus liquide. Point de sang épanché. Rien dans les pédoncules (1).

CCCXXXIe Obs. — Femme, trente-quatre ans; depuis quelque temps, douleurs vagues dans la tête. 21 mars, perte de connaissance et de la parole, assoupissement, tête renversée en arrière, yeux fixes, strabisme, pupilles contractées, immobiles; membres paralysés, en résolution; sensibilité très émoussée, cris plaintifs, respiration lente, stertoreuse; pouls et chaleur à l'état normal. Mort le 24. — Peu de sérosité dans les ventricules. Protubérance profondément altérée, réduite en une bouillie blanche en haut, grisâtre inférieurement (2).

CCCXXXIIe Obs. — Femme, bonne santé. A trente ans, attaque apoplectique, hémiplégie gauche, céphalalgie, vertiges, éblouissements. Pendant cinq ans, saignées de temps à autre; cette précaution est négligée récemment. 13 novembre, perte de connaissance, qui continue le lendemain. Le 15, retour de l'intelligence, bouche tirée à gauche, joues passivement distendues, léger strabisme, hémiplégie et résolution complète des membres droits, dont la sensibilité est diminuée; la main gauche porte le cachet de l'ancienne paralysie (pouce fléchi, doigts atrophiés, etc.); parole difficile, soif, céphalalgie, pouls 84. Du 17 au 20, aggravation; respiration embarrassée, sorte de constriction du larynx, sensibilité anéantie à droite, sueur visqueuse, langue sèche et fuligineuse, selles involontaires. Mort. — Dans le sinus longitudinal supérieur, caillot fibrineux jaunâtre. Méninges épaisses, infiltrées et injectées. Substance corticale d'un gris violacé, peu consistante. Pas la moindre trace d'hémorrhagie. Septum lucidum mou. Moitié gauche de la protubérance ramollie en bouillie d'un blanc rosé, et, au centre du ramollissement, une petite cavité capable de loger un pois, contenant du sang combiné avec la substance cérébrale (3).

(1) Grenzard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1833, no 299, p. 6.
(2) Bricheteau, *Journal complémentaire*, 1818, t. I, p. 304.
(3) Duplay, *Archives*, 1834, 2e série, t. VI, p. 325.

CCCXXXIII[e] Obs. — Homme, dans un état de vive surexcitation morale. Céphalalgie, langue chargée, peau chaude, pouls fréquent, puis faible, dépressible; paralysie des membres gauches, difficulté de la prononciation, et, bientôt après, débilité du côté droit; intellect intact. Mort peu de jours après. — Dure-mère épaissie et ayant perdu sa blancheur et son poli. Un peu d'eau dans les ventricules. Protubérance annulaire en quelques points entièrement ramollie et pulpeuse, cédant à la moindre pression du doigt (1).

CCCXXXIV[e] Obs. — Couturière, cinquante-sept ans. 23 septembre, engourdissement dans tout le côté droit du corps, qui n'empêche pas de marcher. 25, hémiplégie droite, avec conservation de la sensibilité; iris contractiles, bouche portée à gauche, langue déviée à droite, parole embarrassée, intelligence conservée, mais obtuse; pouls un peu accéléré, face rouge, peau chaude, évacuations alvines et urinaires difficiles, diarrhée, maigreur, eschare sur le sacrum, œdème des membres inférieurs, faiblesse croissante. Mort le 24 octobre. — Dure-mère adhérente aux os. Pie-mère infiltrée sur la convexité et à la base. Cerveau à peu près normal. Peu de sérosité dans les ventricules. Kyste séreux gros comme une balle dans le plexus choroïde gauche. Cervelet sain. La protubérance offre, au point de jonction de son angle postérieur gauche et du pédoncule du cervelet, un ramollissement presque diffluent, avec conservation de la teinte blanche normale, mais avec une multitude de stries rouges probablement vasculaires; l'ensemble qui en résulte ressemble à un mélange de crème et de fraises. Ce ramollissement a des limites très tranchées, le volume et la forme d'une noisette. Substance cérébrale environnante saine. Intestins injectés. Foie, rate et veines des membres inférieurs gorgés de sang (2).

CCCXXXV[e] Obs. — Homme, chancres il y a deux ans, taches rouges cuivrées, puis arthrite fémoro-tibiale. En août, après de longues courses, affaiblissement subit des membres gauches, connaissance conservée; guérison au bout de quelques jours. En janvier suivant, vomissement, perte de connaissance, hémiplégie gauche très prononcée et étendue à la face, persistant jusqu'en décembre, avec contracture des membres paralysés; doigts et avant-bras fléchis, pas de déviation de la langue, parole très difficile, pupille gauche un peu dilatée, sensibilité nulle dans le membre inférieur, diminuée dans le supérieur, conservée à la face; constipation prolongée, ni incontinence, ni rétention d'urines; respiration difficile, saccadée, 42 (ancienne bronchite avec étouffements la nuit); percus-

(1) Wardrop, *Lancet*, n° 195, may 26th 1827. (*Med.-chir. Review*, 1827, n° 15, p. 522.)
(2) Denonvilliers, *Gazette médicale*, 1833, p. 62.

sion sonore, râles muqueux, ronflants; pouls large, résistant, 80, 100; sueurs abondantes; mort le 8 décembre. — Veines cérébrales et vaisseaux méningiens très injectés, surtout vers la partie antérieure des deux hémisphères, qui adhèrent l'un à l'autre. Artères remplies de plaques athéromateuses. Ventricules latéraux tapissés par une membrane épaisse, surtout à droite, et contenant une abondante sérosité. Dans le corps strié droit, ancien foyer hémorrhagique du volume d'un pois. Dans le corps strié gauche, 5 ou 6 points gros comme des têtes d'épingle, de couleur brunâtre et de consistance presque liquide. Dans la couche optique, ancien petit foyer hémorrhagique. La protubérance présente dans sa moitié gauche, au niveau de l'étage supérieur et moyen, dans sa partie antérieure, un foyer de ramollissement aigu, large comme une lentille; la partie ramollie est finement injectée, rosée, striée de vaisseaux; la pulpe s'enlève facilement et disparaît sous un filet d'eau; elle est complétement entourée d'une membrane celluleuse. Autour du foyer, la substance du mésocéphale est saine. Bulbe et cervelet exempts d'altération. Lésions du péricarde et du cœur. Poumons congestionnés. Calculs dans la vésicule biliaire ([1]).

CCCXXXVI[e] Obs. — Homme, soixante ans, pleurésie gauche avec expectoration purulente et ouverture fistuleuse au-dessous du mamelon, pleuro-pneumonie droite. 12 juillet, faiblesse subite des membres gauches, agitation convulsive des muscles de la face du même côté, globe des yeux dirigé convulsivement en haut et à gauche, langue embarrassée, pouls 100, dyspnée, 50 inspirations. Par temps, trismus, mouvements convulsifs des muscles de la moitié droite de la face. 13, coma, mort. — Vaisseaux de l'encéphale très engorgés. Cerveau sain. Couche optique et corps strié droits ramollis. Injection et léger ramollissement de la moitié droite du mésocéphale et de la moelle allongée jusqu'à l'origine des nerfs pneumogastriques. Lésions graves des poumons et des plèvres ([2]).

CCCXXXVII[e] Obs. — Homme, soixante ans, peintre en bâtiments, lymphatico-sanguin, vie régulière, bonne santé, gaieté. 1[er] septembre, trouvé dans son lit étendu et sans mouvement; yeux ouverts, tournés à droite, sans strabisme; perte de la parole et de l'ouïe, tête tirée à droite, écume à la bouche, qui est déviée dans le même sens; membres gauches paralysés, presque contracturés; membres droits également paralysés, plus sensibles que les gauches; respiration naturelle, avec un léger bruit; pouls serré, non fréquent. 2 septembre, respiration stertoreuse, hoquet, vomissements. Mort

([1]) Martineau (service de M. Hillairet), *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 443.
([2]) Blaud, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1827, t. III, p. 161.

le 4. — Légère infiltration séreuse sous l'arachnoïde des hémisphères. Substance cérébrale un peu jaune. Très peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Protubérance cérébrale ramollie comme une substance pultacée, épaisse à sa partie moyenne, surtout à droite, d'un blanc jaspé de jaune. Moelle allongée jaune. Cervelet sain ([1]).

CCCXXXVIIIe Obs. — Femme, atteinte de paralysie droite très ancienne, qui a commencé par le petit doigt gauche, qui s'est peu à peu étendue à tout le côté, puis au côté droit, à l'exception du pouce et des deux autres doigts. Parole nulle, mouvements de la langue suspendus. Dans les derniers temps, déglutition très difficile, intégrité de l'intelligence. — Pas d'autre altération dans tout l'appareil cérébro-spinal, qu'une simple tache fauve ou couleur de rouille dans la partie latérale droite de la protubérance annulaire, à quatre lignes de profondeur, ayant trois lignes de largeur sur une d'épaisseur, irrégulière; le centre est plus foncé que les bords. La substance médullaire y est un peu ramollie ([2]).

CCCXXXIXe Obs. — Pierre Lafuray, âgé de soixante-six ans, natif de la Dordogne, commissionnaire, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, est apporté à l'hôpital Saint-André le 31 mai 1858. On ne peut obtenir sur les antécédents aucun renseignement précis; on apprend seulement que cet individu est malade depuis huit jours, et qu'il a d'abord perdu connaissance. On l'interroge; il ne répond distinctement à aucune question, on parvient cependant à comprendre qu'il souffre de la tête. La sensibilité est partout conservée, mais la motilité paraît abolie dans les membres gauches, surtout dans le membre supérieur; la face a une expression d'hébétude; la déglutition peut se faire; il y a eu des vomissements au moment de l'entrée du malade à l'hôpital; la commissure droite des lèvres est plus ouverte que la gauche; la langue se dévie à gauche lorsque le malade essaie de la montrer. (Lavements purgatifs; sinapismes aux pieds.) 1er juin, urine rendue sans conscience, pas de selles, pouls 64. (6 sangsues derrière les oreilles, vésicatoires aux jambes; tartre stibié, 3 centigrammes, dans 600 grammes d'eau, à donner par verrées.) Soir, le malade semble plus éveillé; il a eu des selles et des vomissements. 2, pupilles non dilatées, yeux parallèles, tête peu chaude, selles copieuses. 3, connaissance revenue, réponses assez facilement obtenues, quelques efforts pour mouvoir le bras. (Infusion d'arnica.) 5, la déglutition est possible, mais la respiration est très gênée, stertoreuse; le pouls encore assez développé. (Potion avec acétate d'ammoniaque.) Mort le 6.

([1]) Imbert, dans Tacheron *Recherches anatomico-pathologiques*, 1823, t. III, p. 423.

([2]) Bretonneau, dans un Mémoire de Velpeau, *Revue médicale*, 1826, t. II, p. 265.

Nécropsie. — L'arachnoïde, à la partie supérieure et interne des deux hémisphères, est épaisse, résistante, d'un blanc terne, étroitement unie à la pie-mère. Celle-ci, sur les côtés, et principalement du côté droit, offre une injection et une infiltration sanguines très marquées. On y voit même de petits caillots noirâtres; toute cette partie a une teinte rouge brune. Les méninges n'adhèrent point à la substance corticale, qui est saine et assez dense. On ne trouve aucune altération dans les corps striés, les couches optiques, ni dans les ventricules. Il existe un ramollissement dans le centre du mésocéphale, occupant surtout la partie antérieure et supérieure de cet organe, et ayant 15 millimètres dans le sens transversal et 12 dans la direction de la ligne médiane. Ce ramollissement est pulpeux, sans caillots, sans infiltratton sanguine; il a une couleur grise rougeâtre; il ressemble à une substance corticale ramollie et phlogosée. Un examen attentif n'y fait reconnaître aucune apparence de fibres nerveuses; mais, tout autour, la substance du mésocéphale a conservé un aspect parfaitement normal. Les artères carotides internes, basilaire et vertébrales ont des parois opaques, jaunâtres; il y a même quelques points ossifiés, mais pas de caillots adhérents. Les divers autres organes n'offrent rien de remarquable.

CCCXL• Obs. — Femme, soixante-dix ans, membres tremblants et parole embarrassée; diarrhée, lassitudes. Tout à coup, dans la nuit du 7 au 8 octobre, délire violent, agitation extrême des membres, vociférations. Quelques heures après, anéantissement, perte de connaissance, yeux fermés, face pâle, déviation de la bouche à gauche, hémiplégie droite avec conservation de la sensibilité, respiration lente, sans râle; pouls faible, peu fréquent. Mort le troisième jour. — Injection vasculaire des méninges et de l'encéphale. Rougeur uniforme de la substance corticale, des corps striés et des couches optiques. Protubérance annulaire, à la partie moyenne et postérieure de sa moitié gauche, ramollie, désorganisée, infiltrée d'une sérosité lactescente. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur [1].

CCCXLI• Obs. — Anne Cauzat, âgée de soixante-onze ans, de Bordeaux, commissionnaire dans les marchés de la ville, de constitution peu forte, de stature peu élevée, d'un tempérament sanguin, a joui d'une assez bonne santé. Depuis quatre mois, elle éprouve une céphalalgie intense presque continue, des vertiges, des éblouissements. Néanmoins, elle se livre toujours à son travail habituel; seulement, elle a cessé de porter des charges sur la tête. Il y a

[1] Delaye, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n° 224, p. 20.

quatre jours, elle éprouve de la difficulté pour se lever, elle ne peut elle-même s'habiller, à cause de l'immobilité de son bras gauche. La marche a été sinon impossible, du moins très pénible. La céphalalgie a persisté sans exacerbations. Il n'y a pas eu de fièvre. Appétit conservé. Selles naturelles.

État de la malade le 6 avril 1844, jour de son entrée à l'hôpital Saint-André : Pouls normal. Céphalalgie, principalement au côté gauche du crâne, point de paralysie de la face. Pupilles également dilatées. Affaiblissement des membres gauches; immobilité complète du bras gauche; la sensibilité y est conservée. La marche est encore possible (la malade s'est rendue à pied à l'hôpital), mais la mobilité du membre inférieur gauche est bien moindre que celle du droit. Appétit. Point de douleurs abdominales. Selles régulières. Point de toux, ni de douleur au thorax. (Sinapismes aux pieds. Tisane. Lavement miellé.) Le soir, fréquence du pouls; céphalalgie intense, surtout à gauche; décubitus dorsal; pouls petit, fréquent; abattement. La malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. (3 ventouses à la nuque. Lavement purgatif.) 8, céphalalgie très intense toujours au même point; pouls petit, fréquent; râle muqueux s'entendant à distance; yeux entr'ouverts, pupilles à l'état normal, décubitus dorsal, immobilité complète du côté gauche. (Vésicatoires aux jambes.) Soir, pouls dur, fréquent. La malade ne peut avaler que difficilement. Elle ne parle pas. Sa face est très colorée. 9, 10, 11, perte absolue de la parole, respiration stertoreuse, immobilité complète du côté gauche, point de déviation de la face; pouls calme, régulier; déglutition difficile. 12, 13, évacuations involontaires, pouls calme. 14 et 15, intelligence encore assez nette. Quand on interroge la malade, elle répond par des signes, mais elle ne parle pas. La paralysie du côté gauche persiste. Pouls toujours calme. 16, il est très petit. La malade ne répond plus même par signes. Perte de connaissance. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Émaciation très grande. Point de roideur cadavérique. Légère excoriation sur le sacrum. La dure-mère est épaisse; elle n'offre pas de rougeur. L'arachnoïde présente sur l'hémisphère gauche du cerveau, près de la grande scissure, une plaque osseuse d'un centimètre de largeur, située entre les deux feuillets de cette membrane, et unie à la dure-mère, dont il est aisé néanmoins de la séparer. Il n'existe pas de rougeur de la substance cérébrale au même point, mais il y a une teinte un peu plus grisâtre que dans l'état normal. La consistance de cette partie est également un peu moindre. Les ventricules latéraux renferment peu de sérosité. Le corps strié gauche est ramolli. Il est réduit en une espèce de pulpe rougeâtre. Le côté droit du cerveau est à peu près sain. La voûte à trois piliers,

ainsi que le septum lucidum, ont perdu de leur consistance. Le mésocéphale présente à droite de la ligne médiane, un ramollissement très manifeste; sa substance est convertie en une matière pulpeuse, rougeâtre, presque diffluente; le côté gauche est sain. La moelle épinière est à peu près normale dans toute son étendue; on y remarque seulement une légère injection, sans ramollissement.

Poumons non altérés. Cœur un peu volumineux. Foie dense. Bile contenue dans le vésicule biliaire, peu épaisse et noirâtre. Rate dans l'état normal. L'estomac offre intérieurement une légère rougeur qui disparaît dans les intestins. Reins et utérus sains.

Ce fait est remarquable en ce que les lésions cérébrales, c'est à dire l'ossification méningienne et le ramollissement du corps strié, sont à gauche, tandis que l'altération du mésocéphale est à droite; or, l'hémiplégie était à gauche. La lésion du mésocéphale a donc été prédominente. Il n'y a eu ni déviation de la face, ni troubles graves dans la circulation et la respiration. La perte de la parole peut se rapporter aux lésions de l'hémisphère gauche. L'intelligence s'était maintenue. La céphalalgie persistant au côté gauche, s'explique par l'ossification qui siégeait sur l'hémisphère du même côté. Cette femme avait l'habitude, comme les personnes de sa profession, de porter des fardeaux sur la tête.

CCCXLII^e Obs. — Cordonnier, soixante-dix-huit ans, constitution vigoureuse, bonne santé. 17 mars, perte subite de connaissance pendant un quart d'heure, et quelques instants après, nouvelle attaque. Le lendemain, membres gauches paralysés, surtout le bras qui retombe comme une masse inerte; sensibilité conservée et même exaltée, moitié droite de la face paralysée, bouche entraînée à gauche, œil droit plus largement ouvert que le gauche, langue non déviée, respiration naturelle, pouls dur et fréquent, face colorée, agitation, loquacité, mais le malade ne comprend, ni ne répond; soif, fièvre vive le soir. Alors, un peu de rigidité dans le bras paralysé; sueur. A la fin de mars, accablement profond, intellect très altéré, rêvasserie semi-délirante, mussitation, incontinence d'urine, rougeur et excoriation de la peau sur le sacrum; alternatives de flaccidité et de rigidité des membres paralysés, surtout du bras; fièvre, affaiblissement. 12 avril, langue sèche et noire, ventre développé, selles fréquentes et involontaires, large eschare au sacrum; sensibilité éteinte aux membres paralysés, tombés dans un état

habituel de résolution; œdème de la jambe. Mort le 20, dans le coma. — Ossification du tronc basilaire et des artères cérébrales moyennes, dont les parois sont épaissies, blanches, opaques, et dont le calibre est rétréci à gauche et à droite. Extérieurement, la protubérance paraît saine, mais un foyer de ramollissement occupe sa moitié droite et postérieure, commençant un peu au devant du sillon qui sépare le bulbe de la protubérance et s'étendant jusqu'à la ligne médiane sans la dépasser. En avant, cet organe est exempt de lésion, ainsi que le pédoncule qui s'en dégage. Le ramollissement est presque en état de suppuration. Les fibres sont réduites en une sorte de bouillie blanc jaunâtre qui se laisse entraîner par un filet d'eau. Sur les limites du ramollissement, on découvre beaucoup de points vasculaires. Le foyer intéresse l'étage inférieur et l'étage moyen, c'est à dire le système des fibres qui se continue avec la pyramide, et le faisceau innominé du bulbe. L'étage supérieur n'est pas atteint. Pas de sérosité dans les ventricules, ni d'autres altérations (1).

e. — *Inflammation du mésocéphale, avec formation de pus.*

CCCXLIIIe Obs. — Enfant, seize mois, malade depuis dix, par suite de chute. Il y a trois mois, strabisme, paralysie des membres droits; par temps, légères convulsions; maigreur considérable, pouls fréquent, puis lent; constipation, ensuite diarrhée; intellect conservé. — Plusieurs onces de sérosité dans les ventricules du cerveau. Dans la moelle allongée, au point où elle est croisée par le pont de Varole, se trouve un abcès qui en occupe tout le diamètre; il est contenu dans un kyste dont la surface interne est de couleur jaune et semble ulcérée. Les glandes mésentériques sont fort malades (2).

CCCXLIVe Obs. — Homme idiot, vingt ans. Quatre ans avant, il eut un écoulement par l'oreille droite, lequel a continué jusqu'à quatre mois avant la mort. Il paraissait roide en marchant, et il gardait la tête et les membres supérieurs fixes à chaque mouvement du corps. 22 décembre, le cou est tiré en arrière, avec roideur, et la bouche forcément fermée; aucune perte de sensibilité, ni de mouvement volontaire dans les bras et les jambes. Le lendemain, la tête est plus fortement tirée en arrière; l'épine est courbée; muscles sterno-mastoïdiens relâchés; il peut s'opérer quelques mouvements de rotation de la tête, mais celle-ci ne peut être ramenée en avant, sans une grande douleur. Faim, soif excessive; la courbure de l'épine va en augmentant; dans cette attitude, on dirait que le car-

(1) Vaussin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1846, no 28, p. 34.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 143.

tilage thyroïde est prêt à percer les téguments; déglutition impossible. Le jour suivant, asphyxie et mort. — Abcès dans le pont de Varole, ayant à peu près le volume d'une noix; la paroi antérieure avait donné issue au pus, qui fut trouvé sous la pie-mère, recouvrant la partie inférieure des deux lobes du cervelet, la moelle allongée et la surface antérieure du cordon rachidien, jusqu'au quatrième nerf spinal (1).

CCCXLVe Obs. — Homme, paralysie faciale, chute de la paupière supérieure, contracture spasmodique du masseter droit, point de paralysie des membres. — Abcès dans le pont de Varole du volume d'une noisette, siégeant dans l'épaisseur de la couche profonde des fibres transversales, de forme irrégulière, et se prolongeant le long des fibres longitudinales, jusqu'au quatrième ventricule, et vers la base du crâne (2).

CCCXLVIe Obs. — Femme, quarante-quatre ans, maigre, pâle. Juillet, pendant quatre jours, deux accès de fièvre par jour, l'un à huit heures du matin, l'autre à trois heures du soir, avec frisson, chaleur et sueur, et dans les intervalles, céphalalgie et vertiges. Soif, anorexie, quelques vomissements, selles régulières, pouls petit et fréquent, rate non tuméfiée. Cinquième jour, mouvements convulsifs de la moitié droite de la face. Sixième, strabisme, globe de l'œil renversé en haut, vue double, hémiplégie faciale droite, point de paralysie des membres, intelligence nette, parole libre. Septième jour, dysphagie, liquides repoussés. Huitième, hémiplégie faciale très prononcée, subdelirium, mussitation; léger embarras de la parole, mais réponses justes; respiration stertoreuse; mouvements tumultueux du cœur; mort. — Abcès du volume d'une petite olive, contenant un grain de pus phlegmoneux, situé dans la masse latérale droite du mésocéphale, sous le plancher du quatrième ventricule, à côté du calamus. Les parois de ce petit abcès sont rougeâtres, pointillées, ramollies (3).

§ II. — Inflammation chronique spéciale du plancher du quatrième ventricule.

Les curieuses expériences de M. Claude Bernard ont dévoilé un rapport des plus inattendus entre ce siége d'altération et la production du sucre diabétique. Les observations

(1) Gay, *Trans. of the Pathol. Society of London*, 1859, t. X, p. 14.
(2) Meynert, *Oesterr. Zeitschr., etc.* (*Archives*, 1864, 6e série, t. III, p. 488.)
(3) Forget, *Union médicale*, 1850, p. 366.

cliniques ont, depuis quelques années, confirmé ce genre de corrélation.

Voici ces faits, qui n'ont pas besoin de commentaire, tant ils sont significatifs.

CCCXLVII° Obs. — Homme, trente-un ans, se nourrissant surtout de légumes, ne buvant que rarement du vin. En janvier, il y a quatre ans, soif, besoins fréquents d'uriner; puis trouble de la vue, perte des forces, urines sucrées, cataracte, etc. Récemment, maigreur, pâleur, débilité, fièvre hectique, phthisie pulmonaire, mort. — Paroi antérieure du quatrième ventricule brunâtre, fortement vascularisée et ramollie à l'état de bouillie gélatiniforme; de chaque côté de la ligne médiane sont deux taches d'un brun noirâtre. Dans ces parties, M. Luys a reconnu des capillaires d'un fort calibre et des cellules nerveuses altérées, dissociées et remplies de granulations jaunâtres (1).

CCCXLVIII° Obs. — Homme, quarante-un ans. Fièvres intermittentes de vingt-sept à trente-cinq ans. Un an après, diabète sucré avec ses symptômes ordinaires; légère amélioration pendant deux ans. Plus tard, anasarque, affaiblissement de la vue, marasme, etc. — Effusion de sérosité et de sang à l'ouverture du crâne. Mollesse de l'encéphale. Paroi inférieure des ventricules latéraux et moyen brunâtre. Cette coloration est plus prononcée dans le quatrième; petites ecchymoses disséminées et injection avec dilatation très prononcée des capillaires au niveau du *calamus scriptorius;* et ramollissement marqué de la paroi inférieure de ce ventricule (2).

CCCXLIX° Obs. — Homme, vingt-neuf ans, charpentier; exposition dans le mois d'août à une forte chaleur. Soif vive, ingestion de beaucoup d'eau, grand appétit, urines abondantes, fourmillements, faiblesse dans la moitié gauche du corps. Diabète, traitements variés dans les hôpitaux de Paris. En février, admis à Lariboissière, dans le service de M. Tardieu. Maigreur, pâleur, peau sèche et rugueuse, siége d'une démangeaison assez forte; pouls fréquent, plein, régulier, 80; langue rouge, sèche, humide; soif, goût perverti; les aliments paraissent sucrés; faim extrême, ventre souple, légère sensibilité à l'épigastre. Depuis quelques jours, la diarrhée a succédé à la constipation; le foie paraît volumineux; cessation, depuis dix-huit mois, d'érections et de rapports sexuels, auxquels, auparavant, le sujet était fort enclin; démangeaisons au niveau du méat urinaire.

(1) Colombel, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 217.

(2) Lancereaux, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 221.

Vue moins faible qu'elle ne l'a été, surtout de l'œil gauche; à l'ophthalmoscope, on constate l'atrophie partielle des rétines avec de petits dépôts blanchâtres et une légère décoloration des choroïdes. Symptômes de tuberculisation pulmonaire; la présence du sucre dans l'urine est constatée. Mort le 10 juin. — Tubercules dans les poumons et les ganglions mésentériques. Encéphale normal; mais le plancher du quatrième ventricule, au niveau du *calamus scriptorius,* présente une coloration grisâtre et une injection vasculaire très prononcée ([1]).

CCCL° Obs. — Homme, trente-neuf ans, diabète sucré, soif excessive, etc. Depuis quinze jours, affaiblissement de la vue, pas de symptômes cérébraux; puis, tout à coup, le 7 juin, perte de connaissance, chute, parole nulle, mais pas de paralysie, évacuations d'urines involontaires, pupilles contractées, yeux fermés, langue rouge, lisse, sèche; pouls 96, respiration difficile, cou roide, mains portées à la nuque, cris. Le vingt-unième jour, retour incomplet de l'intelligence, parole difficile; les urines, examinées, contiennent beaucoup de sucre. Mort dans la nuit suivante. — Méningite générale. Teinte opaline, jaunâtre, et épaississement de l'arachnoïde. Infiltration de la pie-mère par un liquide séro-purulent et par du pus. Pas de granulations. Sur le plancher du quatrième ventricule, teinte gris-jaunâtre très prononcée avec ramollissement complet de la substance nerveuse; injection des vaisseaux poussée jusqu'à l'ecchymose. La lésion remonte vers les tubercules quadrijumeaux. L'injection se continue dans la substance grise centrale de la moelle. Au microscope, M. Luys trouve des tubes nerveux déchirés et détruits, les cellules nerveuses déformées et remplies de granulations, plus nombreuses que les productions pigmentaires ordinaires. Partout une grande quantité de globules sanguins altérés et de granulations graisseuses. Tubercules dans les poumons, un dans le mésentère. Reins rouges, hypérémiés et volumineux ([2]).

§ III. — Inflammation des pédoncules cérébraux.

CCCLI° Obs. — Fille, onze ans, sujette à des attaques de bronchite et de dyspnée, atteinte d'otalgie périodique, que la quinine a dissipée. Peu de jours après s'être exposée, le 21 juin, au soleil, elle est subitement prise de céphalalgie, qui disparaît le jour suivant, la laissant pâle, et faible sur ses jambes. Deux jours après, céphalalgie, nausées, léger gonflement de la face, pouls 140, très faible; intelli-

([1]) Martineau, *Bulletin de la Société anatomique,* 1861, p. 290.
([2]) Servoin, *Bulletin de la Société anatomique,* 1861, p. 541.

gence intacte. Le troisième jour, céphalée modérée, puis douleur violente dans le côté gauche du front, chute de la paupière supérieure gauche, angle gauche de la bouche pendant, pupille gauche dilatée, photophobie sans trouble de la vue, pouls fréquent et faible, délire nocturne, absence de paralysie des extrémités, tête tournée du côté droit. Quelques jours après, anesthésie du côté gauche de la face, persistance de la céphalalgie, surtout sur l'orbite gauche; constipation, trismus, convulsion tétanique des membres. Mort le 30 juin. — Cerveau volumineux. A la base, sur le côté gauche du bord antérieur du pont de Varole, la couleur est changée par une petite tache de laquelle coule du pus. En enlevant la pie-mère, qui est saine, le pédoncule cérébral gauche, près du pont, paraît élargi et ramolli; le diamètre du pédoncule droit a 6 lignes, et le gauche 13 lignes. La partie postérieure du nerf optique gauche est légèrement ramollie et élargie. Dans le pédoncule cérébral gauche, on voit l'ouverture d'un abcès qui contient du pus mêlé avec des fibres de matières grise et blanche ramollies. Dans sa partie postérieure, près du pont, l'ulcère est parfaitement circonscrit. Là se trouve un foyer hémorrhagique de 9 lignes de long, renfermant une goutte de pus. La substance dans laquelle ce foyer se trouve est rouge et couverte par quelques granulations de même couleur. Le reste du cerveau est normal. Hypertrophie concentrique du cœur (1).

CCCLII^e Obs. — Fille, ayant reçu un coup de poing sur la tête. Céphalée, fièvre, vertiges, face rouge, délire, cris aigus, yeux clos, injectés; pupilles très mobiles, puis insensibles; déjections involontaires, ni convulsions, ni paralysie; pouls dur, vibrant, fréquent, etc. — Sang noir dans les sinus et les veines cérébrales. Deux onces de sérosité dans chaque ventricule latéral. Pédoncule cérébral droit en partie ramolli, pultacé, presque diffluent et parsemé de points rouges nombreux et très rapprochés. Cervelet recouvert, à sa surface supérieure, sous l'arachnoïde, d'une substance blanche, concrète, peu abondante, comme albumineuse (2).

CCCLIII^e Obs. — Couturière, trente-huit ans, tempérament lymphatico-sanguin, disposition à la pléthore et aux maux de tête. 24 juin, saignée, qui diminue la céphalalgie et les étourdissements, mais qui est suivie de l'hémiplégie droite du sentiment et du mouvement. 1er juillet, selles involontaires, rétention d'urine, moitié droite de la face sans mouvement; de plus, du côté gauche, stra-

(1) F. Stiebel, *Paralyseos hemorrhagiæ nervi oculomotorii in infante observatus casus rarissimus dissert. inaug. medica quam in universitate ruperto Carolina submittit.* Francofurti ad Mœnam, 1847. (*London medico-chirurg. Transactions*, t. XLVI, p. 136.)

(2) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 116.

bisme divergent et chute de la paupière supérieure, avec pupille dilatée et déformée, tandis que celle du coté droit est contractée; intelligence conservée et réponses faites par un léger mouvement de tête. Respiration facile, 14 à 16 inspirations; pouls 40 à 50; langue sèche, déglutition difficile; la vessie recouvre sa contractilité. Le 6, amélioration du pouls, légère contraction des doigts et de la main paralysée. Mort le 7. — Injection générale de l'arachnoïde et de la pie-mère. Substance cérébrale ferme. Méninges rouges sur le pédoncule cérébral gauche, qui est ramolli dans toute son épaisseur. Le ramollissement pénètre, en avant, à une petite profondeur dans la couche optique; en arrière, dans la protubérance cérébrale, où il atteint la ligne médiane. Les points d'origine du moteur oculaire commun sont compris dans le ramollissement. Le tronc du nerf est comprimé par le pédoncule, augmenté de volume en même temps que ramolli [1].

CCCLIV^e Obs. — Vidangeur, cinquante ans, robuste, buveur. Janvier, hallucination subite, tremblement, bouche déviée. (Plusieurs saignées.) Fièvre, convulsions toniques, parole difficile, céphalalgie. Mort le sixième ou septième jour. — Doigts et mains roides. Pénis et scrotum noirâtres. Vaisseaux de la pie-mère très injectés, ainsi que ceux de la substance médullaire et de la moelle allongée. Assez grande quantité d'eau limpide dans les ventricules latéraux. Plexus choroïdes rouges. Ramollissement de la voûte, des cuisses, de la moelle allongée et de la partie voisine du tronc [2].

§ IV. — Inflammation du bulbe rachidien.

CCCLV^e Obs. — Fondeur en bronze, d'un talent distingué. A seize ans, érysipèle de la face, qui se répète à dix-huit ans, avec délire. Depuis cette époque, diminution de vivacité et d'agilité. A vingt-quatre ans, affaiblissement de la vue, diplopie, strabisme de l'œil gauche. Démarche chancelante, sautillante; exaspération morale, goût pour la solitude. En janvier, voyage par un froid très vif, engourdissement qui rend la marche impossible pendant une heure. Le lendemain, paraplégie incomplète, parole précipitée et peu distincte, rire involontaire. Quelques mois après, progrès de la paralysie, crampes des muscles extenseurs du gros orteil. En février de la deuxième année, accès de fièvre intermittente, résolution générale des membres, parole presque inintelligible, déglutition et expuition très difficiles. Intelligence saine, pouls faible et irrégulier, extrémités froides. La fièvre revient par accès; le sulfate de quinine en triomphe. La paralysie du mouvement augmente. Sensibilité

[1] Marrotte, *Union médicale*, 1853, p. 407.
[2] Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. LXII, n° 5.

cutanée exagérée; tintements d'oreilles, crampes avec extension forcée des membres; renversement de la tête en arrière. Intelligence intacte et active. En octobre, déglutition pénible, aliments souvent rejetés par le nez, fièvre, paralysie de tous les muscles volontaires. Mort dans le même mois. — Injection vasculaire très prononcée des parties latérales et postérieure de la moelle, surtout dans la région cervicale, avec exsudation plastique. Injection et infiltration générale des méninges cérébrales. Glandes de Pacchioni développées. Toile choroïdienne très rouge. Quatrième ventricule élargi; calamus allongé, corps restiformes, un peu volumineux. Éminences pyramidales et olivaires tuméfiées, jaunâtres, ramollies, dégénérées jusqu'à la profondeur de cinq à six lignes, surtout à droite, et plus dans les pyramides que dans les olives. Les racines du nerf accessoire qui partent du côté de la moelle allongée, celles du glosso-pharyngien, de l'hypoglosse et du nerf vague, offrent une rougeur intense. Au niveau des saillies anormales, la dure-mère présente deux plaques rouges, comme déprimées [1].

Résumé des faits relatifs aux inflammations du mésocéphale, du plancher du quatrième ventricule, des pédoncules cérébraux et du bulbe rachidien.

I. Ces observations ne sont pas nombreuses; mais la plupart ont été attentivement recueillies. 21 ont pour objet l'inflammation du mésocéphale; 4 se rapportent au plancher du ventricule du cervelet. Puis viennent 4 cas d'inflammation des pédoncules cérébraux, et il n'y a qu'une observation de phlegmasie du bulbe rachidien; ce qui donne un total de 30 observations.

II. Ces observations ont été fournies par 16 individus du sexe masculin et 13 du sexe féminin.

III.	L'un d'eux n'avait que 16 mois.		
	3 avaient de 11 à 20 ans.		
	4	—	de 21 à 30 —
	6	—	de 31 à 40 —
	3	—	de 41 à 50 —
	3	—	de 51 à 60 —
	2	—	l'un 66, l'autre 70 ans.
	2	—	l'un 71, l'autre 78 —

[1] Ulrich, *Medicinische Zeitung*, mars 1835. (*Journ. des Connaissances médico-chirurg.*, t. III, p. 209, et *Archives*, 2e série, t. XIII, p. 246.)

IV. Plusieurs individus étaient d'une forte constitution et avaient joui d'une bonne santé.

V. Quelques autres avaient été atteints de maladies diverses; un idiot avait eu une longue otorrhée (CCCXLIV); une femme avait éprouvé une attaque apoplectique (CCCXXXII); un autre sujet avait été affecté d'arthrite (CCCXXXV); deux malades avaient eu une paralysie du nerf facial (CCCXXVII, CCCXLV).

VI. Une grande fatigue (CCCXXXV), l'exposition au soleil (CCCLI), un refroidissement subit, d'où la suppression des menstrues (CCCXXIX), l'intempérance (CCCXXVIII), paraissent avoir été des causes occasionnelles de la maladie.

VII. Comme *phénomènes prodromiques,* on peut citer une céphalée plus ou moins ancienne, des vertiges, des éblouissements, une vive surexcitation morale (CCCXXXIII), des tremblements, des accès de fièvre (CCCXLVI).

VIII. L'*invasion* a souvent été subite et marquée par la perte de connaissance (CCCXXXI, CCCXXXII, CCCXXXVII, CCCXXXIX, CCCXLIII) ou par la perte du mouvement des membres d'un côté (CCCXXX, CCCXXXV, CCCXXXVI, CCCXLI), ou un simple engourdissement (CCCXXXII).

La perte de connaissance s'est répétée plusieurs fois, quand déjà la maladie était commencée (CCCXXXV, CCCXXXIX, CCCL).

IX. La céphalalgie n'a été bien prononcée que dans quelques cas (CCCXXVII, CCCXXIX, CCCXXXII, CCCXXXIII, CCCXXXIX, CCCXLI, CCCXLVI).

X. L'intelligence a paru intacte chez six sujets; dans un état d'hébétude chez trois; entièrement privée de ses facultés chez quatre autres (CCCXXVI, CCCXXX, CCCXXXVIII, CCCXXXIX). Il y a eu rarement du délire (CCCXXIX, CCCXL, CCCXLII), des cris, des rêvasseries, de la loquacité, ou plutôt une sorte de mussitation chez un sujet qui n'entendait ni ne répondait (CCCXLII); huit fois la parole était embarrassée (CCCXXX, CCCXXXII, CCCXXXIII, CCCXXXIV, CCCXXXV, CCCXXXVI, CCCXXXVII, CCCXXXIX, CCCXLI, CCCXLVI); une fois, après avoir été perdue, elle a été recouvrée (CCCXXXIX).

L'assoupissement n'a été noté que cinq fois, et encore était-ce surtout à la fin de la maladie.

XI. Les sens ont présenté quelques lésions. Les yeux ont été déviés en haut, ou à gauche, ou à droite (CCCXXXVI, CCCXXXVII, CCCXLVI) ; quatre sujets ont eu du strabisme (CCCXXXI, CCCXXXII, CCCXLIII, CCCXLVI). Les pupilles ont été tantôt resserrées (CCCXXIX, CCCXXXI), tantôt dilatées (CCCXXVIII, CCCXXX, CCCXXXV). Un malade se plaignait d'entendre un bruit incommode dans la tête (CCCXXVIII).

XII. Les symptômes appartenant au domaine de la locomotion ont été assez fréquents, et c'est principalement vers la face qu'ils se sont manifestés. Ainsi ont eu lieu des contractions spasmodiques du côté gauche (CCCXXXVI) ou du côté droit (CCCXLV, CCCXLVI), ou une hémiplégie faciale, soit gauche (CCCXXIX), soit droite (CCCXXXII, CCCXLV, CCCXLVI), ou alternativement gauche et droite (CCCXXVII).

Les membres ont été parfois paralysés et presque toujours la face en même temps. C'étaient tantôt ceux du côté gauche (CCCXXX, CCCXXXIII, CCCXXXV, CCCXXXIX, CCCXLI, CCCXLII), tantôt ceux du côté droit (CCCXXXII, CCCXXXIV, CCCXL, CCCXLIII), et en général, le membre supérieur était plus fortement affecté que l'inférieur ; quelquefois même le malade, bien qu'hémiplégié, pouvait marcher (CCCLXI).

Un malade a offert une hémiplégie alterne ; les membres gauches, le bras surtout, étaient paralysés, et en même temps la moitié droite de la face (CCCXLII).

Chez un second, il y eut d'abord hémiplégie gauche, avec déviation de la bouche du même côté, sans perte de la connaissance ni de la parole ; puis hémiplégie droite, avec aphasie (CCCXXVIII).

Dans un autre cas, les quatre membres étaient paralysés ; mais les gauches avec contracture, et la bouche était déviée du même côté (CCCXXXVII).

Chez un quatrième malade, la paralysie avait commencé par le petit doigt gauche, et de là s'était étendue à tout le corps (CCCXXXVIII).

La langue a été déviée du côté paralysé (CCCXXX, CCCXXXIV, CCCXXXIX).

La paralysie n'a été que dans peu de cas accompagnée de contracture (CCCXXXV, CCCXXXVII, CCCXLII), et encore celle-ci a-t-elle été bientôt remplacée par la résolution des membres.

Toutefois, on a vu de légères convulsions (CCCXLIII), les mâchoires spasmodiquement rapprochées (CCCXXIX, CCCXXXVI, CCCXLIV), le cou roide, la tête portée en arrière ou de côté (CCCXXVIII, CCCXXXI, CCCXXXVI), l'épine elle-même courbée fortement (CCCXLIV).

XIII. La sensibilité a été conservée, parfois exaltée dans les membres privés du mouvement (CCCXXXIV, CCCXXXIX, CCCXL, CCCXLI, CCCXLIII); mais elle a été plus souvent obtuse ou même détruite (CCCXXVIII, CCCXXIX, CCCXXX, CCCXXXI, CCCXXXII, CCCXXXV, CCCXXXVII, CCCXLII).

XIV. Le pouls est quelquefois resté normal; plus souvent, il était accéléré.

La respiration a été gênée, stertoreuse; parfois, singultueuse (CCCXXXVII). Il y a eu constriction au larynx (CCCXXXII).

Cinq sujets ont eu des vomissements; chez quatre, la déglutition était pénible et difficilement accomplie. Les évacuations ont été souvent involontaires.

XV. La *marche* de l'encéphalite mésocéphalique a été généralement continue; mais, dans un cas, il y eut comme deux périodes distinctes, d'abord une vive surexcitation marquée par le délire, l'agitation, les cris; puis perte de connaissance et profond collapsus (CCCXL).

La durée de la maladie a été de deux (CCCXXXVI), trois (CCCXXXVII, CCCXL), quatre (CCCXXXI, CCCXLII), sept (CCCXXXII), onze (CCCXXVIII), quatorze (CCCXXXIX, CCCXLI), vingt-un (CCCXXX), vingt-cinq (CCCXXIX), trente-un jours (CCCXXXIV), de trois (CCCIII, CCCXLIII) et quatre mois (CCCXXXV).

XVI. La *nécropsie* a montré les altérations suivantes dans le mésocéphale : 1° une vascularité exagérée, avec coloration rouge-jaunâtre ou brune, avec des inégalités de

la surface; 2° une induration du tissu enflammé; 3° un ramollissement de ce tissu, avec teinte rosée ou rougeâtre, ou jaunâtre, avec stries vasculaires, et destruction des fibres nerveuses; 4° une collection purulente.

Le ramollissement a été l'altération la plus fréquente, puisqu'on l'a constatée quinze fois. Il a occupé six fois le côté droit, quatre fois le gauche, et cinq fois il était au centre ou en des points variés de l'étendue du mésocéphale.

Dans le cas d'hémiplégie alterne, c'était la partie inférieure et postérieure de la moitié droite du mésocéphale qui était affectée, la lésion comprenant l'étage inférieur et l'étage moyen des fibres de cet organe (CCCXLII).

La suppuration ayant donné lieu à des abcès a été notée quatre fois. Dans un cas, l'abcès était enkysté et occupait tout le diamètre du mésocéphale (CCCXLIII); dans un autre, s'étant ouvert, le pus s'était répandu sur les organes voisins (CCCXLIV). D'autres fois, l'abcès était plus circonscrit, situé au centre ou sur l'un des côtés, ayant ses parois rougeâtres, pointillées, ramollies. Chez un sujet, l'abcès était du côté où avait paru l'hémiplégie faciale (CCCXLVI).

XVII. Les lésions coïncidentes ont été : une méningite plus ou moins étendue, le ramollissement de divers points du cerveau, principalement des corps striés et des couches optiques; quatre fois un épanchement séreux dans les ventricules et dans l'un de ces cas, avec fausse membrane (CCXXXV); enfin, des plaques athéromateuses, cartilagineuses ou osseuses dans les artères de l'encéphale (CCCXXXV, CCCXXXIX, CCCXLII).

XVIII. Les CCCXLVII^e^, CCCXLVIII^e^, CCCXLIX^e^ et CCCL^e^ observations donnent une idée du singulier rapport qui existe entre l'irritation et l'altération *du plancher du quatrième ventricule* et la production du sucre dans l'économie. Ces faits ne sont pas les seuls; quelques autres ont été vus par MM. Dumont-Pallier, Luys, Fauconneau-Dufresne, Potain [1].

[1] *Bulletin de la Société anatomique*, 1861, p. 43.

Les sujets ont surtout appartenu au sexe masculin, et ils étaient âgés de vingt-cinq à quarante-cinq ans ; ils présentaient depuis quelque temps les symptômes du diabétès : une soif vive et continue, l'affaiblissement et le trouble de la vue, la présence du sucre dans les urines, devenues abondantes ; la maigreur, la pâleur, la sécheresse de la peau ; quelquefois, les indices d'une tuberculisation pulmonaire, etc., et à peine des signes d'une lésion encéphalique. Cependant, chez un malade, il y avait du fourmillement et une faiblesse marquée dans une moitié du corps (CCCXLIX) ; dans un autre cas, il y eut perte de connaissance (CCCL) ; mais, il faut en convenir, ces symptômes ne pouvaient donner que de bien faibles présomptions.

L'examen anatomique a fait reconnaître une lésion évidente du plancher ou de la paroi antérieure et inférieure du quatrième ventricule, sur les cotés de la ligne médiane. On y a constaté : 1° Une coloration grisâtre ou brune-jaunâtre, ou même une teinte ou des taches noirâtres, comme ecchymotiques ; 2° une injection très manifeste des capillaires sensiblement dilatés ; 3° un ramollissement gélatiniforme ou pultacé. Le microscope y a fait apercevoir des globules sanguins altérés, des fibres nerveuses brisées, des cellules nerveuses déformées, remplies de granulations jaunâtres. Il a existé des coïncidences de méningite, de coloration brunâtre du plancher des ventricules latéraux, etc.

Quelques observations, qui seront ultérieurement présentées, feront voir que le plancher du quatrième ventricule peut être lésé sans qu'on ait en même temps remarqué les symptômes du diabétès J'en citerai une à l'occasion des productions cartilagineuses. La science a besoin d'être enrichie sous ce rapport de faits nouveaux. Je n'entends interpréter que ceux qui sont actuellement acquis.

XIX. Les quatre observations de *phlegmasie des pédoncules cérébraux* méritent une mention particulière.

Deux de ces faits (CCCLII, CCCLIV) n'offrent que les symptômes ordinaires des affections cérébrales, céphalée, délire, etc. ;

mais les deux autres sont rendues remarquables par les effets de la lésion du nerf de la troisième paire. La chute de la paupière supérieure correspondante, la dilatation de la pupille, la déviation de l'œil, dépendant de cette lésion, qui résulte de la tuméfaction considérable du pédoncule et de la pression exercée par celui-ci (CCCLI); mais la face peut être en même temps paralysée, ainsi que les membres, du côté opposé, si le mésocéphale est compris jusqu'à une certaine profondeur dans la lésion du pédoncule (CCCLIII).

Cette lésion du pédoncule dans les cas dont il s'agit a consisté en un abcès (CCCLI) ou en un ramollissement pultacé, diffluent, avec points rouges nombreux et injection vasculaire.

XX. L'observation de *phlegmasie du bulbe rachidien* ne peut donner qu'une idée très imparfaite de cette maladie excessivement rare. Cette phlegmasie a suivi une marche chronique. Il est probable que c'est par envahissements successifs qu'elle s'est développée. Il serait difficile, dans l'appréciation des symptômes, d'isoler ce qui appartient essentiellement au bulbe. Si l'on juge par l'immédiate léthalité des plaies de cet organe de l'extrême danger de toutes ses autres lésions, on ne doit pas s'étonner de n'avoir que bien rarement l'occasion de les observer. La mort arrive trop vite, et on peut dire très sérieusement que le bulbe rachidien n'a pas le temps d'être malade.

HISTOIRE GÉNÉRALE DE L'ENCÉPHALITE.

Les 335 observations qui viennent d'être rapportées ont montré l'encéphalite dans les divers siéges qu'elle peut occuper. Elles ont également présenté les formes, les degrés et les modes sous lesquels cette phlegmasie peut se manifester. Des résumés successifs en ont fait connaître la substance. Il est maintenant nécessaire d'en déduire des considérations plus générales, de les rapprocher des notions antérieurement acquises, et d'exposer l'ensemble des don-

nées sur lesquelles doit se constituer l'histoire de l'encéphalite.

Il importerait de donner d'abord, d'une manière abstraite et cependant positive, une idée sommaire de cette maladie, et de pouvoir écarter, par quelques traits saillants, par une formule nette, les états morbides plus ou moins analogues, comme une congestion circonscrite, une apoplexie capillaire, un ramollissement par obstacle au cours du sang, etc. Mais cette définition claire, dissipant les incertitudes qui peuvent naître de la similitude des apparences, où la puiser? Le microscope, dont l'intervention a déjà rendu tant de services à la pathologie, a été consulté; il a attentivement recherché les attributs histologiques de l'encéphalite, et il croyait les avoir découverts. Mais les produits regardés par Gluge, par Hughes Bennett, comme constants et caractéristiques, sont déjà remplacés par de nouveaux indices, auxquels d'autres pourront bien succéder. C'est donc avec prudence qu'il faut les enregistrer, pour ne pas ériger en principes absolus et définitifs, des résultats qui attendent encore des démonstrations plus réitérées et une sanction plus générale.

D'ailleurs la clinique, qui, avec raison, demande de tous côtés des lumières et des conseils, doit aussi avoir foi en elle-même, et ne pas réputer d'une trop mince valeur ses propres recherches, c'est à dire l'étude directe des malades, celle des conditions étiologiques, des phénomènes morbides et de leur marche, et l'examen immédiat des altérations sensibles des organes. L'exercice utile de l'art réclame impérieusement cette sorte d'observation, et c'est elle qu'il s'agissait surtout de mettre à contribution dans un ouvrage de la nature de celui-ci.

§ I. — Causes de l'encéphalite.

a. — Hérédité. — L'influence héréditaire peut être admise, bien qu'elle ne soit pas attestée par des faits directs et bien

circonstanciés, mais comme étant rendue très probable par sa réalité constatée à l'égard de plusieurs autres phlegmasies et des affections cérébrales en général.

b. — Sexe. — Lorsqu'on compare le nombre des cas d'encéphalite sous le rapport du sexe des malades, on ne trouve dans l'ensemble qu'une faible différence. Ainsi, le sexe masculin compte pour 192 et le féminin pour 157; mais si on veut entrer dans les détails, des différences assez tranchées se présentent. On peut s'en former une idée par le rapprochement suivant, que j'emprunte aux résumés déjà connus :

			Hommes.	Femmes.
1°	Encéphalite	à foyers multiples	27...	27
2°	—	bornée à un hémisphère	15...	20
3°	—	de la substance corticale	7...	17
4°	—	des lobes moyens	42...	17
5°	—	des lobes postérieurs	14...	11
6°	—	des lobes antérieurs	17...	15
7°	—	de la région centrale	15...	9
8°	—	des corps striés et couches optiques.	18...	17
9°	—	du cervelet	21...	11
10°	—	du mésocéphale	16...	13
			192	157

Ainsi, dans les deuxième et troisième catégories, il y a eu supériorité marquée du sexe féminin, savoir : 22 hommes et 37 femmes. Cette proportion rend plus sensible en sens inverse celle qui est offerte par les sept suivantes, dont les chiffres donnent 143 pour les hommes et 93 pour les femmes; différence, 50. Mais l'équilibre existe à l'égard de la 1re série.

A ces remarques, il faut joindre celle que la prédominance du sexe masculin est surtout prononcée pour les cas d'encéphalite terminée par suppuration.

c. — Ages. — Lallemand a fait un relevé de l'âge des sujets des observations contenues dans les deux premières

lettres de son ouvrage sur les maladies de l'encéphale. Il a trouvé :

De 10 à 20 ans..................	1 individu.
De 20 à 30 —..................	7 individus.
De 30 à 40 —..................	4 —
De 40 à 50 —..................	4 —
De 50 à 60 —..................	10 —
De 60 à 70 —..................	6 —
De 70 à 80 —..................	5 —
Au delà de 80 ans..............	2 —
	39 —

Quelques autres sujets, dont l'âge précis n'est pas indiqué, étaient très vieux. Lallemand fait en outre remarquer que, chez plusieurs jeunes malades, la lésion cérébrale avait une cause extérieure accidentelle; d'où il conclut que les individus chez lesquels la maladie s'est développée spontanément étaient en général d'un âge avancé (1). Cette conclusion est basée sur de trop petits chiffres.

D'autres médecins ont prétendu que les phlegmasies cérébrales sont plus communes dans l'enfance qu'aux autres âges (2), mais ils ont confondu les inflammations du cerveau avec celles des méninges; ces dernières, en effet, sont très fréquentes dans les premiers temps de la vie, et vont ensuite en décroissant. Cette seconde appréciation est encore inexacte.

Ces résultats opposés sont contredits par celui que me présente le relevé des observations que j'ai réunies; observations qui sont étrangères aux traumatismes immédiatement suivis d'encéphalite, et presque toutes exemptes de complication de méningite. On peut donc regarder le relevé que je vais présenter comme plus exact que les précédents; il a, en outre, l'avantage d'être basé sur un nombre plus considérable de faits.

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 220.

(2) J. Clarke, *Commentaries on the diseases of the children*. London, 1815, p. 114. — W. Barcklay, *Proceedings of the Royal Medical and Chirurg. Society; 1853, medical registrar* (Am. 1853, oct., p. 482).

Dans ce tableau, on distingue non seulement la proportion des encéphalites considérées aux divers âges, mais encore leurs différences selon les localisations affectées par la phlegmasie.

	Encéphalites à foyers multiples occupant les diverses parties de l'encéphale.	— à foyers multiples bornées à un hémisphère cérébral.	— affectant la substance corticale du cerveau.	— affectant les lobes moyens du cerveau.	— affectant les lobes postérieurs du cerveau.	— affectant les lobes antérieurs du cerveau.	— affectant la région centrale du cerveau.	— affectant les corps striés et les couches optiques.	— affectant le cervelet.	— affectant le mésocéphale.	
De la naissance à 10 ans	1	4	2	3	2	1	6	2	2	1	24
11 à 20 ans	6	1	2	6	1	4	3	1	5	3	32
21 à 30 ans	11	4	2	10	6	7	4	7	12	4	67
31 à 40 ans	8	3	5	9	2	4	2	3	2	6	44
41 à 50 ans	10	9	4	7	2	4	3	3	3	3	48
51 à 60 ans	6	6	2	5	4	3	»	8	4	3	41
61 à 70 ans	5	10	2	11	2	2	3	3	2	2	42
71 à 80 ans	5	4	4	2	4	1	1	5	1	2	29
81 à 90 ans	»	1	»	2	2	3	1	1	»	»	10
	52	42	23	55	25	29	23	33	31	24	337

Ainsi, ce n'est ni dans l'enfance, ni dans la vieillesse, que l'encéphalite se montre le plus souvent : c'est de vingt à trente ans; puis, à quelques fluctuations près, en nombre presque égal de trente-un à soixante-dix ans; ensuite, en nombres décroissants dans les périodes de onze à vingt ans, de soixante-onze à quatre-vingts, de un à dix ans, et enfin, de quatre-vingts à quatre-vingt-dix ans.

On vient de voir que de la naissance à dix ans, il n'y a eu que vingt-quatre cas; je dois ajouter que trois seulement ont eu lieu dans la première année, et un seul le jour même de la naissance.

Je n'ai pas rapporté d'exemples d'encéphalite congénitale,

parce que les sujets qui les offrent sont déjà morts. Ces sortes de cas ne doivent pas être fort rares. Je pense que parmi les vices d'organisation cérébrale, ceux surtout que j'ai décrits sous le nom générique *d'atélencéphalie*, doivent la plupart dériver d'une inflammation désorganisatrice des points affectés. Ainsi, l'absence d'une ou de plusieurs circonvolutions, ou de telle autre partie circonscrite de l'encéphale, remplacées par un liquide séreux ou par une espèce de cicatrice, a pu souvent être attribuée à une cause de ce genre. On a même pris, pour ainsi dire, la nature sur le fait. Dugès a vu, dans un avortement survenu à cinq mois, le crâne de l'un des jumeaux, rempli d'un putrilage noirâtre. Dugès, Dubreuil et Lallemand, ont trouvé chez un nouveau-né, une partie du cerveau détruite, et un abcès qui prouvait l'origine phlegmasique de cette grave altération ([1]).

La plupart des enfants dont il a été fait mention, avaient de trois à dix ans. C'est l'encéphalite de la région centrale du cerveau qui en a fourni le plus d'exemples.

Dans la période de dix à vingt ans, le nombre des malades a sensiblement augmenté, pour arriver à la suivante, qui en a offert le maximum ; alors se manifestent principalement les encéphalites à siéges multiples et les cérébellites.

L'extrême vieillesse n'a point mis à l'abri de l'encéphalite, puisque dix fois elle est survenue entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix ans.

d. — **Constitution, tempérament.** — Dans beaucoup de cas, on a mentionné, comme circonstances prédisposantes, une constitution robuste, un tempérament sanguin, une tendance spéciale à la pléthore céphalique. Néanmoins, l'encéphalite a été observée dans des conditions fort différentes, avec un état de faiblesse générale, et une prédominance lymphatique, ou avec une grande excitabilité nerveuse. On a vu celle-ci vivement provoquée, entraîner une phlegmasie

([1]) *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1826, t. I, p. 329.

cérébrale. C'est ce qu'a observé Strambio par l'abus de l'électro-puncture [1].

e. — **Influences hygiéniques.** — Les influences hygiéniques, et en premier lieu, celles qui résultent des vicissitudes atmosphériques, ont été fréquemment mentionnées. L'action du froid, celle de la chaleur solaire, surtout quand elle était dirigée vers la tête, ont été des causes assez souvent remarquées de l'encéphalite.

On n'a rien établi de bien précis quant aux effets des *saisons*, sur la production de cette maladie. Voici néanmoins ce qui résulte d'un relevé de 189 faits, dans lesquels est indiquée l'époque de l'année où elle s'était manifestée.

En Janvier	33 cas.
Février	11 —
Mars	22 —
Avril	13 —
Mai	10 —
Juin	14 —
Juillet	19 —
Août	12 —
Septembre	12 —
Octobre	14 —
Novembre	19 —
Décembre	10 —
	189 cas.

Janvier se place en première ligne, mars en seconde, juillet et novembre en troisième. Si on rapproche les mois pour en former des saisons, on trouve pour l'hiver 54, pour l'été, pour l'automne et le printemps, un nombre égal de 45. Ainsi, c'est la saison froide qui l'emporte.

Il est des *professions* qui exposant plus fréquemment aux intempéries de l'air, paraissent aussi disposer davantage à l'encéphalite. Ainsi, je trouve indiqué un certain nombre de militaires, de marins, de laboureurs.

[1] *Archives*, t. XVII, p. 436.

Parmi les autres causes qui résultent d'un emploi vicieux des agents hygiéniques, doivent se placer : une alimentation excitante, l'abus des liqueurs alcooliques, les fatigues excessives, les excès vénériens, les vives affections et passions de l'âme. Un travail intellectuel soutenu a pu agir aussi d'une manière nuisible.

f. — **Précédents pathologiques.** — Un grand nombre d'états morbides ayant précédé le développement de l'encéphalite, paraissent avoir eu quelque part à sa production. Tels sont d'abord ceux qui affectent directement la tête. On a vu des *traumatismes,* même fort légers, être la cause d'inflammations et d'abcès du cerveau. Une simple commotion, une percussion sur le sommet de la tête, sans léser en rien les parties immédiatement frappées, a pu ébranler le cerveau, et agir sur les parties centrales. Hippocrate a vu se développer des accidents cérébraux très graves, et survenir la mort le neuvième jour, chez une jeune fille dont le crâne avait été percuté avec le plat de la main [1].

C'est par l'inflammation des méninges, du cerveau, par les suppurations et les épanchements qui leur succèdent, que les plaies de tête présentent si souvent un grand danger. Les exemples de ces funestes conséquences abondent ; les recueils, les traités de chirurgie en fournissent ; on en lit de très remarquables dans les écrits de Morgagni [2], de Lallemand [3], et surtout de Gama [4].

Les maladies aiguës ou chroniques du cuir chevelu ont fréquemment précédé l'encéphalite. Tel est surtout l'*érysipèle* de la face et du crâne ; telles sont les *dermatoses* si communes chez les enfants, et assez sujettes à de brusques suppressions [5]. Une tumeur du cuir chevelu est enlevée.

[1] *Épidémies,* liv. V, n° 50. Trad. de Littré, t. V, p. 324.
[2] Epist. LI, nos 11, 17, 27, 28.
[3] *Recherches anat.-pathol. sur l'Encéphale,* t. I, p. 349, 424, et t. II, p. 33, etc.
[4] *Traité des Plaies de tête et de l'Encéphalite.* Paris, 1835, p. 324, etc.
[5] Hinze, de Valdenbourg, *Éphémérides médicales de Montpellier,* 1826, t. IV, p. 446.

Huit jours après, hémiplégie droite, troubles intellectuels, etc. Des abcès venaient de se former dans le lobe gauche du cerveau, dans les poumons et dans le foie [1].

L'état des vaisseaux cérébraux influe beaucoup sur la production de l'encéphalite. Ainsi, la dilatation de ces canaux, leur plénitude habituelle, leur congestion soudaine, peuvent avoir pour effet secondaire la production de cette maladie. L'hémorrhagie cérébrale par le coagulum qu'elle laisse, véritable corps étranger, provoque un travail de nature inflammatoire généralement limité, mais qui peut s'étendre au loin, et produire une grave encéphalite, des abcès, des ramollissements, etc.

Chez les individus atteints de *vésanies*, les inflammations cérébrales sont souvent à redouter. La substance corticale est surtout menacée.

Il serait inutile de rappeler en ce moment les exemples déjà cités ailleurs de coïncidence des *affections* du cœur, des poumons, de l'estomac, du foie, des reins, de l'utérus. Ces faits justifient la place réservée à ces maladies dans l'étiologie de l'encéphalite. Il ne faut pas oublier les troubles de la *menstruation*, les accidents survenus pendant la grossesse et après la *parturition*, comme provoquant des congestions et des inflammations cérébrales [2].

Enfin, dans cette revue sommaire des causes pathologiques, on ne saurait omettre le *rhumatisme* considéré dans ses déviations vers l'encéphale; les *fièvres éruptives*, la variole, la scarlatine, la rougeole, au moment d'une invasion désordonnée, et dans leurs suites si souvent funestes; la *fièvre typhoïde* dans son cours ou à sa fin, *l'infection purulente*, etc.

§ II. — Symptômes de l'encéphalite.

A. — **Prodromes.** — Il est rare que l'encéphalite débute sans avoir été précédée par quelques phénomènes qui accu-

[1] Tavignot, *Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 144.

[2] Lasserre, *Annales de la Médecine physiologique*, t. VIII, p. 410.

saient une altération prochaine de la santé. Ces indices se sont quelquefois montrés pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Le plus commun de ces symptômes précurseurs est une céphalalgie tantôt légère, tantôt forte, ordinairement opiniâtre, augmentant par la fatigue, par la chaleur, par l'inclinaison de la tête. D'autres fois, ce n'est qu'un sentiment de pesanteur.

Des vertiges, des tintements d'oreilles, des éblouissements, des étourdissements, des engourdissements, ont eu lieu chez plusieurs sujets.

On a remarqué aussi une sensation de fourmillement dans les membres, ou une insensibilité passagère, ou des mouvements spasmodiques.

Quelques individus ont offert une exaltation morale, de l'aberration dans les idées, de l'insomnie, de l'agitation.

Il y a eu parfois une excitation des voies digestives, des nausées, des vomissements, de la diarrhée.

On a remarqué dans quelques cas des accès fébriles irréguliers.

Enfin, et c'est une circonstance qui mérite une grande attention, souvent les malades ne s'étaient plaints d'aucun dérangement, ils avaient vaqué à leurs occupations, et néanmoins, après un cours rapide, l'encéphalite a laissé des traces qui faisaient supposer que les lésions du cerveau avaient commencé depuis quelque temps.

B. — Invasion. — Le début de l'encéphalite n'a pas toujours été sensible; il s'est opéré par l'augmentation de quelques-uns de ces phénomènes prodromiques : céphalalgie, engourdissements, agitation, etc.

Dans quelques cas, il s'est produit comme par saccades. Chez un assez grand nombre de sujets, l'invasion a été brusque et marquée par des symptômes graves. Ainsi, on a vu la maladie commencer par une sorte d'attaque apo-

plectique, perte de connaissance, état comateux, etc. Cette forme fut signalée par Dan de la Vauterie.

D'autres fois, c'est par des convulsions, ou des mouvements désordonnés et convulsifs, que la maladie a débuté.

Dans d'autres cas, il s'est manifesté des paralysies partielles du mouvement et de la sensibilité.

Une fièvre intense avec frisson, spasmes, nausées, a donné dans divers cas le signal du développement de l'encéphalite.

C. — **Symptômes étudiés en particulier.** — *a.* Le plus fréquent et le principal symptôme signalé dans toutes les catégories de l'encéphalite, a été la *céphalalgie.* Il a souvent précédé l'apparition des autres ; il a marqué, par son intensité, le début de la maladie ; mais il n'a pas été constamment observé. Un assez grand nombre de malades ne se sont nullement plaints de souffrir de la tête, pendant tout le cours de la maladie. Il en est qui ont été questionnés à cet égard, et ont répondu négativement.

La douleur occupe quelquefois presque toute la tête ; plus souvent elle est fixée au front, semble partir du fond des orbites, ou elle répond au sommet du crâne, à une région latérale, rarement aux deux côtés à la fois ; ou bien elle est rapportée à l'occiput, à la nuque. Cette douleur n'a pas toujours répondu au siége même de la lésion intérieure. On a été souvent étonné de trouver l'encéphalite dans l'un des lobes postérieurs du cerveau, ou dans le cervelet, après que la douleur avait été sentie au front, ou de trouver un des lobes antérieurs affecté, lorsque la douleur avait été très vive de l'autre côté du front. La douleur s'est aussi déplacée dans quelques cas, passant d'un point à un autre. Il est bien de connaître ces particularités pour ne pas accorder une signification trop absolue au siége de la sensation.

Cette céphalalgie a été gravative, aiguë, avec élancements, avec sentiment de chaleur ou de froid dans la tête, avec des battements artériels ou des sensations diverses.

Elle a été quelquefois plus forte la nuit que le jour; elle a augmenté par le mouvement, par l'agitation, par la toux, par la chaleur, par les secousses imprimées à la tête, et par la déclivité donnée à cette partie.

Elle a provoqué parfois des gémissements, des pleurs, des cris, et empêché le sommeil.

Fréquemment, les malades ont porté la main sur les points douloureux, et quelques-uns ont essayé de diminuer leur souffrance en pressant la partie sensible. La tête, surtout chez les jeunes sujets, était chaude. Une main fraîche produisait une sensation agréable.

La céphalalgie a paru quelquefois céder dès les premiers jours de la maladie, pour cesser complètement, ou pour reparaître avec intensité.

b. Les facultés intellectuelles ont paru chez un certain nombre de sujets continuer à s'exercer; la mémoire, le jugement, la parole, n'avaient presque rien perdu de leur netteté; mais le plus souvent, le moral a semblé engourdi, obtus; la mémoire des choses, et surtout celle des mots, était peu exacte, la parole lente, embarrassée, incertaine, et dans bien des cas, tout à fait empêchée. On verra plus loin dans quels rapports avec le siége des lésions se trouvaient ces atteintes portées à l'état mental et à l'exercice de la parole; atteintes indépendantes ou subordonnées, et coïncidentes.

c. Un assez grand nombre de malades ont eu du *délire.* Ce n'étaient, le plus communément, que des rêvasseries, des paroles incohérentes, une loquacité inusitée; en un mot, un délire tranquille; mais il y a eu parfois de l'agitation, des cris, des vociférations; en même temps, la face était animée, rouge, les yeux ouverts, saillants, brillants. C'est ordinairement près du début, et rarement vers la fin de la maladie, que le délire s'est produit.

d. Un autre état, diamétralement opposé et qui a été plus fréquent, surtout quand la maladie était à son plus haut degré et quand elle approchait de sa fin, c'est l'*engourdisse-*

ment successif de l'intellect, d'où la *stupeur,* la *somnolence,* l'*assoupissement,* le *coma.* L'assoupissement a souvent succédé au délire et à l'agitation, ou il a alterné.

e. L'état des yeux a mérité une grande attention, et il est fâcheux qu'il n'ait pas été toujours décrit avec exactitude. Les globes oculaires étaient tantôt mobiles, roulants, tantôt immobiles et fixes; souvent dirigés d'un côté ou en haut, avec les paupières incomplètement ou inégalement fermées. Le *strabisme* a été rarement noté (environ 20 à 25 fois); les *pupilles* ont été plus souvent dilatées (71 fois) que contractées (31 fois). La dilatation était parfois inégale, ne portant que sur une pupille, l'autre conservant son état naturel ou étant resserrée; souvent, il y a eu d'abord resserrement, puis dilatation. On a remarqué, dans quelques cas, de la *diplopie;* d'autres fois, la *cécité* de l'un ou des deux yeux.

La *surdité,* l'*anosmie* ou une perversion des diverses sensations n'ont été que rarement notées.

f. D'importants symptômes dérivent des troubles de la motilité. Il est rare que les malades aient conservé l'usage entièrement libre des organes locomoteurs. On ne cite que très peu de cas dans lesquels la marche a pu s'exécuter quelque temps avant la mort.

Il y a eu fréquemment, surtout chez les jeunes sujets, au début de la maladie, des *convulsions* générales, avec perte de connaissance et offrant l'aspect de l'épilepsie, ou sans suspension de l'exercice des sens et de l'intellect.

Les mouvements convulsifs ont été souvent partiels, unilatéraux (plus souvent à droite qu'à gauche, ou alternativement à gauche et à droite), ou bornés à un membre, à quelques muscles, aux doigts, à la face, aux yeux. Il est survenu parfois des soubresauts de tendons, des grincements de dents.

Souvent, au lieu de mouvements et tressaillements convulsifs, il y a eu des *tremblements* [1] affectant les membres

[1] Fantonetti parle d'une sorte de danse de Saint-Guy caractéristique du ramollissement rouge du cerveau. (*Gazette médicale,* 1838, p. 105.)

d'un ou des deux côtés, ou simplement une main, les lèvres, la langue. Dans très peu de cas, on a vu des crampes.

Des *paralysies* se sont produites fréquemment, tantôt peu à peu, tantôt avec rapidité. Il n'y a eu quelquefois qu'engourdissement, faiblesse d'une partie; plus souvent, immobilité, résolution. L'hémiplégie a été fréquente, à peu près autant à droite (69) qu'à gauche (73).

La paralysie a, en général, affecté plutôt le membre supérieur que l'inférieur, et a épargné parfois la face.

Il y a eu sept exemples d'hémiplégie alterne.

Dans quelques cas, les quatre membres étaient paralysés successivement ou simultanément.

Il y a eu, chez divers sujets, paralysie d'un côté et convulsions de l'autre.

La direction prise par la langue en sortant de la bouche, et dénotant par sa déviation la paralysie de l'un de ses côtés, n'a pas été constamment la même. Elle s'est dirigée du côté paralysé environ deux fois sur trois.

Les parties atteintes de paralysie ont parfois présenté un état de *contracture*. Ce phénomène s'est aussi produit dans des parties non paralysées; il a été général ou plus ordinairement borné à un côté, et presque aussi souvent à l'un qu'à l'autre, ou il a alterné de l'un à l'autre.

La rigidité a été, dans divers cas, limitée à un bras, à une main, à un pied, au cou avec renversement de la tête en arrière, aux mâchoires fortement rapprochées.

g. La *sensibilité* cutanée a pu se maintenir dans les parties paralysées, ou elle y a été émoussée et même éteinte. Parfois aussi, il y a eu *insensibilité* locale sans lésion du mouvement.

Chez d'autres malades, la sensibilité a été exagérée. Des douleurs, des fourmillements, une sensation de brûlure ont été éprouvés, soit dans les parties paralysées, soit ailleurs.

h. La *respiration* a paru quelquefois peu altérée; mais elle a été souvent gênée, embarrassée, accélérée, irrégulière, suspirieuse, et, vers la fin de la maladie, stertoreuse. L'air

ré soulevait parfois la joue paralysée. On a remarqué, z quelques sujets, des bâillements, le hoquet, la toux.

i. Il y a eu le plus souvent de la *fièvre*, le pouls étant paris plein et dur; d'autres fois, petit, faible, irrégulier, remblottant [1], intermittent. La rareté, la lenteur des pulsations a été notée chez un assez grand nombre de malades. D'autres ont présenté une forte réaction fébrile, avec chaleur générale, vive impulsion du cœur, battements pénibles dans la tête, sueurs abondantes.

Le *sang* fourni par la saignée a été trouvé couenneux. Celui de l'artère temporale, ayant été examiné par MM. Poggiale et Marchal de Calvi dans un cas d'encéphalite, a paru contenir :

Fibrine..............	6,17
Albumine.............	66,03
Globules..............	97,46

Le sang de la veine a offert des différences notables :

Fibrine............	6,08
Albumine...........	61,37
Globules............	106,05 [2].

k. Les voies digestives ont pris, dans quelques circonstances, une part active au développement de l'encéphalite, soit au début, soit dans le cours de la maladie. Ainsi, des douleurs épigastriques ont eu lieu parfois. Il est survenu des *vomissements* chez près du sixième des malades. La déglutition était parfois difficile; les évacuations étaient involontaires; ces phénomènes appartenaient à la période ultime de la maladie. Il y a eu rétention, plus souvent incontinence des urines.

l. Pas de phénomènes particuliers du côté des organes sexuels, quel qu'ait été le siége de l'encéphalite.

(1) Barras, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1823, p. 329.

(2) Séance de l'Académie des Sciences du 24 janvier 1848. (*Gazette médicale*, t. XVI, p. 91, et *Revue médicale*, 1848, t. I, p. 266.)

§ III. — Marche et durée de l'encéphalite.

L'encéphalite est une maladie généralement aiguë. Son cours est plus ou moins rapide, et quelquefois partagé d'une manière assez distincte en deux périodes : l'une d'excitation, d'exaltation, d'éréthisme, de spasme; l'autre de dépression, de relâchement, d'affaiblissement, de collapsus. Souvent, des nuances intermédiaires ont rapproché des symptômes, en apparence opposés. Ces deux modes ont coïncidé et ont paru se confondre.

L'encéphalite a ordinairement une marche continue ; mais quelquefois, malgré les désordres qu'elle entraîne dans les parties affectées, elle semble s'interrompre, ou du moins offrir des rémissions très marquées, qui peuvent en imposer pour une amélioration réelle ou même pour une guérison probable; mais la maladie reprend sa gravité, se prolonge et n'en est pas moins meurtrière. On a même vu la cessation presque entière des symptômes les plus graves précéder de très près l'instant fatal (1).

Ces phases diverses, et la prolongation de la maladie, qui dénote chez le sujet une grande résistance vitale, méritent autant d'attention que ces préludes morbides souvent inaperçus, pendant lesquels de grandes désorganisations se préparent, pour n'éclater et devenir funestes que lorsqu'elles sont parvenues à leur plus haut degré d'intensité. Cet *état latent* de l'encéphalite, si perfide à tous égards, trompe sur la véritable durée de la maladie. Celle-ci peut avoir commencé depuis longtemps, mais on l'ignorait; comme aussi plus tard, et pendant son cours, des symptômes formidables apparaissant sont devenus le signal d'une catastrophe prochaine.

Ainsi, soit avant le début manifeste de l'encéphalite, soit après l'apparition de ses symptômes ordinaires, une phleg-

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 21.

masie grave peut exister dans quelques points du cerveau sans indices inquiétants et d'une manière occulte. Les désordres qui se sont trouvés après la mort, et qui supposent un travail morbide successif et antérieur, ou une altération consécutive et permanente, ne laissent aucun doute sur la possibilité d'une dissimulation complète de l'état réel des organes.

L'extrême difficulté de fixer le moment précis où commence la phlegmasie rend souvent impossible la détermination rigoureuse de la *durée* totale. En essayant d'apprécier cette durée, on doit donc s'en tenir aux notions fournies par les périodes apparentes de la maladie.

230 et quelques observations permettant d'établir la durée de l'encéphalite sur des données assez exactes, je constate que :

78	fois la terminaison	a eu lieu	dans le 1er	septenaire.
53	—	—	dans le 2e	—
34	—	—	dans le 3e	—
15	—	—	dans le 4e	—
12	—	—	dans le 5e	—
11	—	—	dans le 6e	—

Et 27 fois la mort est survenue du 2e au 8e mois.

Ce relevé fait voir que l'encéphalite est le plus souvent *aiguë;* que sa gravité se déclare dès les premiers moments, et que la mortalité va ensuite en décroissant. Les cas d'encéphalite *chronique* ne forment qu'une très faible fraction.

§ IV. — Terminaisons de l'encéphalite.

L'encéphalite se termine très fréquemment par la mort, comme le prouvent les nombreux faits sur lesquels son histoire s'appuie. Cette terminaison est inévitable quand la maladie est intense et a sensiblement altéré la texture de l'organe. Néanmoins, la guérison de l'encéphalite ne doit pas être regardée comme absolument impossible. On rencontre parfois, dans la pratique médicale, des cas dans les-

quels les symptômes étaient affirmatifs, et dont cependant l'issue a été heureuse. J.-P. Frank parle d'une jeune fille, non encore réglée, qui eut une encéphalite jugée par un érysipèle de la face [1].

Il ne répugne pas d'admettre la possibilité de la résolution lorsque la phlegmasie est peu intense, circonscrite, simple, et qu'elle n'a pas encore changé les conditions physiques de la partie affectée.

Du reste, si cette résolution complète doit être rare, il est probable qu'une résolution incomplète est assez fréquente et qu'elle est le point de départ d'altérations organiques ultérieurement développées. Combien de cas de paralysies partielles et incurables, d'épilepsie, de vésanies qui doivent reconnaître une origine de ce genre !

L'encéphalite peut se terminer par *induration*, par *ramollissement*, par *suppuration*, par *gangrène*, etc., ainsi que vont l'apprendre les détails nécroscopiques.

§ V. — Anatomie et physiologie pathologiques de l'encéphalite.

I. *Apparences générales de l'encéphale et de ses annexes.* — Chez le plus grand nombre des sujets morts d'encéphalite, on a remarqué la plénitude des vaisseaux sanguins de la tête. Le diploë lui-même a quelquefois été injecté ; les sinus sont plus ou moins engorgés ; les canaux et les veines qui y aboutissent contiennent souvent des concrétions fibrineuses. La turgescence sanguine peut se trouver spécialement d'un côté ou dans la région qui correspond au siége de la phlegmasie.

Les artères du cerveau ont présenté, chez un très petit nombre de sujets, certaines altérations de leurs parois, de l'épaississement, de la rigidité, quelques points cartilagineux ou osseux, ou calcaires, ou athéromateux. C'étaient des coïncidences.

(1) *Interpretationes clinicæ*, p. 130.

Les méninges n'ont, en général, donné aucun indice de phlegmasie; mais quelquefois, elles ont offert de frêles adhérences ou des infiltrations séreuses peu abondantes; de la sécheresse dans la cavité de l'arachnoïde; en un mot, des altérations fort légères, ne constituant pas une méningite prononcée.

II. *Disposition variée des différentes parties de l'encéphale à devenir siége de phlegmasie.* — Les substances grise et blanche, qui présentent des apparences si diverses, s'affectent d'une manière presque égale. On eût pu présumer que la substance médullaire, si blanche et dont les vaisseaux sont si ténus, ne devait que difficilement s'enflammer, et, cependant, c'est elle surtout que l'encéphalite envahit; c'est en elle que se forment les abcès et les dégénérations diverses qui seront bientôt indiquées. La substance corticale, plus molle et plus sensiblement vasculaire, ne s'affecte guère que par contiguïté et de concert avec la pie-mère. C'est elle qui est le plus souvent lésée dans la méningo-encéphalite. On remarque souvent que quand cette substance est altérée à la superficie du cerveau, elle offre aussi des traces d'affection dans certains organes centraux, tels que les corps striés, les couches optiques, qui en contiennent une assez notable proportion.

Les lobes moyens du cerveau, peut-être à cause de leur ampleur, de la masse de substance blanche qu'ils contiennent, de l'abondante vascularité qui provient directement des principales branches de la carotide, sont des siéges fréquents de phlegmasie. Les lobes antérieurs et postérieurs y sont moins sujets. Les corps striés, les couches optiques et les ventricules fournissent un contingent assez nombreux. Le cervelet et le mésocéphale sont moins souvent que le cerveau affectés de phlegmasie.

Cette maladie occupe une étendue plus ou moins grande en largeur et surtout en profondeur. Elle peut aussi avoir plusieurs siéges, affecter le cerveau et le cervelet, les deux hémisphères, plusieurs lobes, ou bien elle est bornée à un

côté du cerveau, à un lobe, à un point très circonscrit. Des différences symptomatologiques résultent de ces siéges divers. C'est ce que j'ai eu en vue de montrer par la classification des faits.

III. *Changements apparents et primitifs que présente la partie de l'encéphale atteinte de phlegmasie.* — 1° L'un des premiers changements que l'on distingue est une *coloration* anormale. Cette coloration est rosée, violacée, lilas ou rouge pâle, ou rouge foncé, amaranthe ou lie de vin. Cette coloration est plus intense à la couche corticale que dans la substance médullaire; elle est uniforme ou disposée par taches ou plaques irrégulières, ou par points nombreux et rapprochés. Ordinairement, le centre de la phlegmasie a une couleur rouge plus foncée ou plus brune. On y voit des points plus marqués, et fréquemment, quand la section se fait par tranches, des gouttelettes de sang paraissent sur les orifices des vaisseaux divisés. Souvent aussi, c'est une concrétion fibrineuse qui se montre, et si la section s'est faite parallèlement à la direction des vaisseaux, ceux-ci dessinent leur trajet d'une manière assez apparente, sous la forme de lignes flexueuses et noirâtres. Ces traces sont surtout très marquées quand le tissu environnant a une teinte grisâtre ou jaunâtre, ce qui a lieu assez souvent. Il y a parfois comme un aspect marbré, multicolore, dont les teintes s'adoucissent vers la périphérie du foyer de la phlegmasie.

2° La partie où réside ce foyer a augmenté de volume; son tissu paraît tuméfié. Quand on le divise, son centre fait une légère saillie; il bombe. Il résulte de cette *tuméfaction,* plus ou moins étendue aux parties voisines, que l'hémisphère, le lobe, l'organe où siége la phlegmasie, paraît plus large, plus épais, plus développé et plus pesant que son congénère.

3° Cette partie offre aussi ordinairement, du moins dans les premiers instants, une certaine augmentation de *consistance,* qu'explique la plénitude des vaisseaux.

IV. *Modifications histologiques subies par le tissu encépha-*

lique enflammé. — Il paraît assez évident que le premier et le principal moteur des changements qui viennent d'être indiqués est l'afflux et la présence d'une plus ou moins grande quantité de sang dans les vaisseaux de la partie affectée.

Pour donner à cette conclusion le dernier degré de la certitude, Schroeder Van der Kolk, ayant détaché et fait dessécher un fragment de tissu cérébral enflammé, l'a divisé en lamelles d'une extrême ténuité, et en ayant placé quelques fragments sous le champ du microscope, a fait voir distinctement les capillaires amplifiés et gorgés de sang (1).

Lorsque ces vaisseaux ont été très distendus, ils laissent échapper une partie des globules sanguins qu'ils contenaient; de là, les points rouge-foncé ou noirâtres dont le tissu malade est quelquefois parsemé, et que la loupe rend très visibles. C'est comme une apoplexie capillaire qui accompagne la phlegmasie (2).

Le sang hors de ses voies, ou également celui qui ne les a pas abandonnées, mais qui y est accumulé et stagnant, tend à se concréter au bout de peu de temps ou au moins d'un certain nombre de jours; les colonnes qui affluent remplissent de plus en plus les dernières artères, et si le sang est très fibrineux, ainsi que le comporte l'état phlegmasique, la coagulation peut se propager. Il résulte de là une sorte d'*infarctus* consécutif à la phlegmasie. Le sang, aux derniers moments de l'existence ralenti dans son cours, doit facilement se concréter jusque dans les branches artérielles voisines. C'est, du reste, ce que divers faits ont appris. Il n'est pas sans doute nécessaire de faire remarquer la différence radicale qui distingue cette sorte de thrombose de celle dont il a été fait mention précédemment (t. VI, p. 427); mais il n'était peut-être pas inutile de la rappeler et d'y insister pour prévenir des interprétations mal fondées.

Alors que les capillaires sont distendus par l'accumulation

(1) Ecker, d'Utrecht, *Dutsch Clinik*, 1853. (*Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 94.)
(2) Rokitansky, *Pathological anatomy*, transl., t. III, p. 406.

des globules sanguins, leurs parois se laissent traverser par la partie fluide du sang. Cette exsudation a été examinée avec soin par Hughes Bennett (1); elle enveloppe les vaisseaux d'une couche moléculaire épaisse, contenant de nombreux granules arrondis et clairs, qu'il ne faut pas confondre avec des produits graisseux, et des cellules granuleuses à divers degrés de développement. Déjà, le savant clinicien avait, dès l'année 1843, constaté dans l'inflammation avec ramollissement du tissu cérébral, la présence de corpuscules et de granules que ne présente pas le ramollissement non inflammatoire (2), et il avait attribué à ces corps granuleux une valeur caractéristique que des observateurs plus modernes ont contestée.

Il s'agissait surtout de savoir à quel genre d'éléments le travail phlegmasique du tissu cérébral donnait lieu, et la solution de ce problème a été tentée à l'aide d'expériences faites sur les animaux. Le crâne a été perforé, des substances irritantes ont été introduites jusqu'au centre de l'encéphale, et on a étudié les produits de la phlegmasie ainsi provoquée. Ces expériences ont été faites d'abord par MM. Ivan Poumeau et Bouchard (3), ensuite par M. Hayem (4). Selon ces sagaces investigateurs, le résultat essentiel du processus inflammatoire serait une prolifération des éléments conjonctifs du tissu encéphalique. Des cellules et des noyaux se sont montrés en abondance dans la gangue interstitielle, dans la gaîne périvasculaire et dans les parois des vaisseaux eux-mêmes. Ces cellules ont, de diamètre, de 0,009 à 0,011; les noyaux de 0,007 à 0,008. Les cellules contiennent un ou deux noyaux finement granuleux, sans nucléole; l'acide acétique les rend plus clairs et les ratatine. Ce ne sont pas des leucocythes. Les noyaux libres sont semblables à ceux des cellules. En même temps

(1) *Principles and practice of Medicine*, 1859, p. 365.
(2) *Edinburgh Med. and Surgical Journal*, 1843, t. LX, p. 384.
(3) I. Poumeau, *Du rôle de l'inflammation dans le ramollissement cérébral*, 1866, p. 113.
(4) *Études sur les diverses formes de l'Encéphalite*. (Thèses de Paris, 1868, nº 124, p. 34.)

que ces éléments pullulent, autour des tubes nerveux comprimés, il en est parmi ceux-ci qui s'atrophient et se réduisent au cylinder axis ; d'autres deviennent sinueux et se couvrent de granulations graisseuses.

Telles sont les altérations les plus ordinaires que subit le tissu encéphalique sous l'influence d'une phlegmasie. On y découvre un surcroît d'activité nutritive, une abondante formation d'éléments figurés, et d'autre part un travail régressif ; on voit se constituer une néoplasie dont le mode et la composition varient et engendrent les formes suppurative, hyperplastique et sclérosique.

Ce résumé des plus récents travaux sur l'histologie de l'encéphalite pose de nouveaux jalons ; mais il n'est pas encore conduit au point de conclure définitivement. Il est nécessaire de constater, dans des occasions plus multipliées, l'identité du mécanisme et la constance des produits. Il faut chercher le point de départ de l'acte dont on saisit quelques résultats, en délimiter l'origine et les conséquences.

Dans leurs expériences, les observateurs cités ont produit des phlegmasies traumatiques ; ils ont excité l'encéphale à l'aide de cautérisations énergiques. Or, les produits sont-ils les mêmes que ceux de l'encéphalite dite spontanée? On trouve une dissemblance fondamentale entre l'inflammation et le ramollissement, dans la date de l'apparition des corps granuleux, formés d'emblée dans celui-ci, représentés tardivement dans celle-là par des cellules granuleuses, avec noyaux et membranes d'enveloppe. Mais l'un de ces états ne serait-il pas le premier et l'autre le dernier degré de la même altération? L'inflammation est, en quelque sorte, assimilée à une hypertrophie ; cependant celle-ci s'effectue sans inflammation, d'où une incontestable différence. Lorsqu'à la place d'éléments conjonctifs, ce sont des leucocythes qui se présentent, ou lorsqu'au lieu d'une production qui s'opère, c'est une destruction qui s'accomplit, le caractère essentiel subsiste-t-il? Est-ce toujours le même processus? Et en quoi consiste-t-il?

Longtemps on a cru que l'inflammation se caractérisait par des produits spéciaux ; maintenant on la voit se traduire par des formations connues et normales, bien qu'accidentelles et pathologiques. Mais ces formations elles-mêmes ne porteraient-elles pas un cachet particulier, fixe, constant, aujourd'hui inaperçu, demain peut-être découvert, apparent lorsque la phlegmasie existe, absent lorsqu'elle n'existe pas? C'est le critérium, c'est le but vers lequel doivent tendre les travaux ultérieurs. En attendant, sans accepter des conclusions qui seraient trop hâtives ou trop absolues, je regarde comme importants les faits acquis par les recherches récentes, et je crois pouvoir les utiliser dans quelques-unes des considérations qui vont suivre.

V. *Effets locaux de la persistance ou de l'intensité des phlegmasies du tissu encéphalique.* — Les remarques précédentes s'appliquent aux modifications primitives et élémentaires que présente la substance cérébrale par l'effet de la phlegmasie. Mais ces changements ne sont pas les seuls, il en est d'autres qui se manifestent consécutivement, et qui résultent des altérations profondes que continue à subir l'organisation des parties affectées.

a. — Hypertrophie — Des congestions successives, une excitation prolongée, une phlegmasie peu intense, mais continue, augmentent le volume des parties sur lesquelles l'afflux du sang s'est effectué. Cette augmentation peut n'être que passagère et relative au degré de tension et de plénitude des vaisseaux ; elle peut persister et constituer une véritable hypertrophie. C'est ainsi qu'une ou plusieurs circonvolutions, un corps strié, une couche optique, ont conservé pendant longtemps un développement anormal, alors que la phlegmasie avait à peu près disparu. La consistance du tissu est ordinairement augmentée en même temps; d'où une certaine résistance, voisine de l'induration. L'obs. CXXX peut donner une idée de l'état décrit en ce moment.

Il est évident que la tendance du processus phlegmasi-

que à multiplier les éléments conjonctifs, mène à cette exubérance organique, à cette hypertrophie ; mais ces éléments communs ne sont pas toujours les seuls qui s'engendrent dans l'encéphale irrité. Il peut s'en produire de plus spéciaux, et tout à fait propres au tissu malade. Tels sont les myélocytes, dont la présence a été constatée quelquefois, et surtout dans une observation remarquable de M. Luys (LVI). Dans ce fait, on ne put méconnaître un travail réellement phlegmasique. Les méninges, la substance cérébrale voisine des tumeurs, étaient encore injectées. Celles-ci présentaient à l'intérieur des arborisations vasculaires très développées. Elles offrirent en quantité des corps granuleux, et cette hypergénèse myélocytique formait le complément du travail nutritif longuement surexcité.

5. — Induration. — La partie de l'encéphale qui est le siége d'un foyer phlegmasique, paraît dans les premiers moments, non seulement tuméfiée, mais aussi tendue et résistante. Cet état peut augmenter, et la dureté devenir plus marquée. Quelques observateurs ont pensé que cette induration était due à l'infiltration du sang dans les mailles de la substance organique, et ils l'ont comparée aux noyaux de l'apoplexie pulmonaire [1]; mais il s'agit d'un tout autre état. La partie indurée ne ressemble pas à une concrétion sanguine, son organisation n'est pas détruite, seulement elle est modifiée.

L'induration phlegmasique du tissu cérébral a été admise par Lallemand [2], par MM. Bouillaud [3], Gendrin [4], Cruveilhier [5], Rokitansky [6]. Elle s'est montrée d'une manière fort évidente dans environ 30 des observations rapportées; et voici les principales formes ou coïncidences avec lesquelles elle s'est manifestée :

[1] Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 68.
[2] *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. II, p. 384.
[3] *Traité de l'Encéphalite*, p. 185.
[4] *Histoire anatomique des inflammations*, 1826, t. II, p. 120.
[5] *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1829, t. III, p. 269.
[6] *Manuel d'Anatomie pathologique*, trad. anglaise, t. III, p. 412.

1° Elle a constitué l'altération principale et primitive de la partie du tissu cérébral qui était enflammée ;

2° Elle ne se trouvait pas dans toute l'étendue de la phlegmasie, mais accompagnait un ramollissement, dont elle occupait soit le centre, soit quelques points de la périphérie ;

3° Elle coïncidait avec une suppuration ;

4° Elle était consécutive et se continuait comme conséquence ou suite d'une phlegmasie chronique.

Ces diverses formes, la première surtout, résultent de la tension des vaisseaux, et probablement aussi de l'exsudation qui infiltre le tissu interstitiel, et s'y condense ; mais l'induration peut aussi tenir à la présence d'éléments fibro-plastiques rapprochés et associés. C'est principalement quand elle est persistante et chronique que le tissu cérébral devient fibroïde, grisâtre, ferme, résistant, et comme calleux [1], on dirait une véritable cicatrice. Quelques faits peuvent justifier cette opinion. Lallemand rapporte d'après Legouais, qu'une fille de quatorze ans, ayant eu une hémiplégie droite, était guérie quatre mois après, lorsqu'elle mourut d'une autre maladie. On trouva dans l'hémisphère gauche, au dessus du ventricule, un endurcissement allongé, et assez mince [2]. N'était-ce pas le résultat d'un travail de réparation? M. Bouillaud donne aussi l'observation d'une femme âgée de soixante-treize ans, intelligente, mais ivrogne, guérie depuis plus d'un an d'une affection cérébrale, et succombant le 2e jour d'une attaque d'apoplexie. On trouva l'épanchement sanguin qui venait de causer la mort, mais de plus, à l'union des lobes antérieur et moyen droits, dans la profondeur de la substance cérébrale, une ligne ou lame jaune, dense, comme fibreuse, d'un pouce d'étendue, entourée d'une couche de substance cérébrale légèrement indurée, et de couleur brune [3]. Ne peut-on pas

(1) Rokitansky, *Pathol. anatom.*, t. III, p. 412.

(2) *Recherches anatomico-pathologiques*, t. I, p. 305.

(3) *Traité de l'Encéphalite*, p. 221

admettre encore que cette modification de la texture encéphalique constituait une sorte de cicatrice?

e. — Ramollissement. — Le ramollissement est l'une des altérations les plus fréquentes de la substance cérébrale, mais son origine et sa nature présentent, selon les circonstances, des différences très tranchées. On l'a vu se produire sous l'influence de maladies diverses des vaisseaux encéphaliques (t. VI, pag. 447). En ce moment, il ne s'agit que de celui dont la cause consiste en une inflammation du tissu affecté. Il est inutile de rappeler que cette conséquence de l'état phlegmasique en général, est l'une des mieux constatées. Elle fut regardée comme particulièrement afférente aux phlegmasies cérébrales, après la publication des travaux de Lallemand. La même conclusion découla des observations de M. Durand Fardel. Mais dès qu'on eut vu la thrombose, l'embolie, etc., enlever rapidement au tissu cérébral sa consistance normale, on émit des doutes sur la fréquence des ramollissements inflammatoires. La rougeur cessa d'être l'attribut distinctif de cette lésion organique, mais il y a tout lieu de penser que la nouvelle étiologie du ramollissement est, à son tour, devenue trop exclusive. Évitons les exagérations; ne nous bornons pas à de simples aperçus. Jugeons sur l'ensemble des circonstances. Quand la maladie a suivi la marche et offert les symptômes d'une phlegmasie, lorsque la partie du cerveau affectée, en même temps qu'elle est ramollie, est rouge, vivement injectée, parsemée de petites infiltrations sanguines, il y a tout lieu de présumer que le ramollissement est d'origine inflammatoire.

Mais il ne faut pas s'en tenir là; on doit examiner les vaisseaux correspondants à la région affectée, et s'assurer qu'ils ne sont pas obstrués. Toutefois, n'oublions pas qu'une phlegmasie très intense, peut entraîner la coagulation du sang dans les petits vaisseaux, et, de proche en proche, dans les branches artérielles voisines. Il est donc prudent de ne prononcer qu'après un examen attentif des caractères géné-

raux et locaux de la lésion. Dans les exemples assez nombreux que j'ai rapportés, il m'a paru. que ces conditions d'exactitude avaient été observées.

Le ramollissement affecte très souvent la substance corticale, comme on en aura la preuve dans les nombreux cas de méningo-encéphalite qui seront exposés. Il est assez commun dans la substance médullaire. Il offre des degrés variés, depuis la simple mollesse jusqu'à l'état pultacé et diffluent. Il est quelquefois facile de juger que la partie lésée a perdu sa fermeté ordinaire par l'infiltration d'un fluide qui écarte les éléments solides, et les prive de leur mutuel appui. Mais bientôt ces éléments sont eux-mêmes brisés ou détruits, et c'est une sorte de bouillie qu'on trouve à la place d'un tissu organisé. Cette pulpe est rougeâtre, surtout au centre; sa teinte, d'ailleurs, n'est pas uniforme; elle est lie de vin ou couleur acajou, ou couleur de rouille, ou violacée, ou jaunâtre, ou grisâtre, ou chamois, parsemée de taches d'un rouge brun, ou couleur chocolat, ou noirâtres.

Le tissu cérébral ramolli, s'affaisse sous la pression atmosphérique; un mince filet d'eau en dissocie les parties constitutives, qui s'écartent et flottent par l'immersion.

Sur les confins de la lésion, les vaisseaux sont injectés, et quelquefois cette turgescence s'étend au loin. La division de ces vaisseaux laisse suinter des gouttelettes de sang, ou montre de longs filaments fibrineux. Dans la partie la plus ramollie, ou dans son voisinage, se trouvent parfois des caillots de sang.

Le ramollissement va ordinairement en diminuant vers la périphérie; mais quelquefois une ligne de démarcation assez distincte fixe ses limites; on l'a même trouvé comme renfermé dans une sorte de fausse membrane molle et vasculaire, qui le séparait de la substance cérébrale au sein de laquelle il s'était produit (XIV, XXII).

L'examen microscopique du tissu cérébral ramolli par inflammation, a fait l'objet des recherches de M. Hughes Bennett; il y a vu des corpuscules, des granules, et des cel-

lules à noyau dans le plasma du sang exsudé [1]. Il avait surtout en vue de distinguer ce ramollissement de celui qui n'est pas inflammatoire, et qui ne présente pas des produits semblables. Quels que soient la nature et le titre attribués à ceux-ci, leur présence ou leur absence constitue une différence qu'on ne saurait contester.

L'attention s'est portée sur les *modifications ultérieures et successives* que subit le tissu cérébral longtemps atteint de ramollissement inflammatoire.

La substance médullaire raréfiée, a présenté des petits vides, des espèces de cellules irrégulières, remplies d'un liquide, ordinairement trouble, grisâtre ou blanc, et comparé au *lait de chaux*. Ce liquide n'est nullement purulent. C'est comme une solution de la substance cérébrale ramollie [2].

Les parois de ces petites cavités sont encore très molles, et d'une teinte rosée ou rouge, quand l'altération est récente, mais lorsqu'elle est ancienne, les cellules deviennent jaunâtres ou blanches, plus consistantes, et le fluide qu'elles renferment, est plus clair et d'aspect simplement séreux. C'est cette modification de la substance cérébrale qu'on a nommée *transformation celluleuse* [3] ou infiltration celluleuse [4], *état criblé*.

Quelquefois, au lieu de plusieurs petites cellules, il n'y a qu'une cavité assez grande, arrondie, et pleine de sérosité [5]. Ces espaces peuvent être tapissés par une membrane spéciale distincte.

Le ramollissement peut offrir, comme coïncidence ou comme suite, une augmentation de consistance, une sorte d'état fibreux, une induration consécutive. Lallemand [6],

[1] *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1843, t. LX, p. 384.
[2] Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 247.
[3] Lallemand, *Recherches sur l'Encéphale*, t. II, p. 508; t. III, p. 167.
[4] Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 244.
[5] Dechambre, *Gazette médicale*. 1838, p 310, obs. VI.
[6] *Recherches anatomico-pathologiques*, t. I, p. 305.

M. Bouillaud ([1]), M. Dechambre ([2]) ont noté ce changement très marqué qui a de l'analogie avec celui qu'ont présenté les foyers apoplectiques parvenus à leur période de cicatrisation.

Cette ressemblance est d'autant plus grande, que parfois, au centre de l'induration, s'est trouvée une petite cavité contenant de la sérosité ([3]). Ce tissu induré, fibrocelluleux, est grisâtre ou jaunâtre, rarement rouge; il est sec, ou s'il contient un fluide, celui-ci est peu abondant et clair. Cette induration est quelquefois linéaire, allongée, d'aspect tendineux, ou bien elle a des fibres radiées, aboutissant à un centre où semble avoir existé un vide comblé par le rapprochement des parties circonvoisines.

On a rencontré sur la substance corticale des *plaques jaunâtres,* peau de chamois, ou jaune-brunâtre, qui ont été attribuées à des encéphalites avec ramollissement et infiltration sanguine ([4]); elles sont assez consistantes, et semblent parfois recouvrir ou remplacer une perte de substance. Elles peuvent avoir l'aspect d'une fausse membrane jaunâtre, couleur de rouille, ferme, résistante, contenant des globules sanguins altérés et des granules.

Plusieurs des sujets chez lesquels on a constaté les divers changements qui viennent d'être décrits, après avoir offert les symptômes d'une lésion encéphalique grave, avaient pu jouir longtemps d'une assez bonne santé.

Ce sont ces faits qui ont conduit à admettre la curabilité du ramollissement cérébral. Les observations de M. Dechambre ont établi ce point de doctrine. M. Sims a également reconnu et signalé cette heureuse terminaison chez des individus guéris après avoir offert des symptômes de ramollisse-

([1]) *Traité de l'Encéphalite*, p. 221.

([2]) *Gazette médicale,* 1838, p. 307, obs. II, III, IV, V.

([3]) Dechambre, lieu cité, VIIe obs.

([4]) Cruveilhier, *Anatomie pathologique,* in-fol., 33e livrais., pl. II, et 37e livrais., pl. V. — Durand-Fardel, Thèses de Paris, 1840, n° 261, p. 104; et *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 232.

...rouvé, dans l'encéphale, des parties ...avités assez fermes, de couleur jaunâ... ...emplies d'un fluide séreux et quelquefois ...nembrane fine et transparente (1).

...urel de faire remonter cet état celluleux ... ramollissement de la substance cérébrale; ...est une induration qu'on rencontre, quelques ...t naître. Celle-ci ne serait-elle pas le produit ...hlegmasie encéphalique ou encore la cicatrice ... foyer hémorrhagique?

... difficile de dissiper, par des indices positifs, les ...s qui pourraient renaître à chaque fait nouveau. ..., les caractères des foyers hémorrhagiques déjà ... sont assez tranchés, et permettent de les distinguer. ...durations constatées très longtemps après la cessation ...ymptômes de phlegmasie encéphalique pourront donc ... considérées, non comme les produits immédiats de ...le-ci, mais comme les résultats d'un travail de réparation ...u de cicatrisation, un procédé de guérison du ramollissement consécutif à la phlegmasie.

Quoi qu'il en soit, les diverses modifications qui viennent d'être décrites, et par lesquelles passent les parties de l'encéphale qui avaient été atteintes de ramollissement, prouvent l'origine phlegmasique de ce dernier; car la phlegmasie étant susceptible de diminuer et de cesser, l'organe peut tendre à une restauration. Mais si le ramollisment résultait d'un altération vasculaire, d'une obstruction artérielle, etc., état morbide nécessairement persistant, il ne pourrait que se maintenir comme sa cause, et il n'éprouverait aucun des changements susceptibles de ramener l'organe à de meilleures conditions.

d. — Suppuration. — La suppuration se produit dans l'encéphale comme conséquence d'une phlegmasie de cet organe.

(1) *Medico-chirurg. Transactions*, t. XIX, p. 380.

Il ne peut être question en ce moment des dépôts qu'on rencontre par suite de résorption purulente. Les exemples de production du pus provenant d'encéphalite sont très nombreux. Ils atteignent presque la moitié de ceux que j'ai rapportés. Mais toutes les parties de l'encéphale n'y sont pas également disposées. Le tableau suivant fait connaître ces différences :

1°	Encéphalites à siéges multiples....	54 cas.	21	avec formation de pus
2°	— d'un hémisphère....	36 —	16	—
3°	— de la substance cortic.	25 —	1	—
4°	— des lobes moyens du cerveau..........	59 —	37	—
5°	— des lobes postérieurs.	25 —	17	—
6°	— des lobes antérieurs..	32 —	15	—
7°	— de la région centrale.	25 —	16	—
8°	— des corps striés et couches optiques.....	36 —	6	—
9°	— du cervelet.........	32 —	21	—
10°	— du mésocéphale.....	30 —	5	—
		354 cas	155	avec formation de pus

Ainsi, c'est dans les lobes moyens et postérieurs du cerveau et dans le cervelet que la suppuration s'établit le plus facilement, tandis que, dans la substance grise périphérique, les corps striés, les couches optiques, et le mésocéphale, elle est beaucoup plus rare.

Le pus qui se forme dans l'encéphale exsude rarement à sa surface; il peut être disséminé dans son tissu, auquel il donne une teinte jaune-verdâtre, de la liquidité et une odeur particulière; plus souvent il est réuni et colligé dans un ou plusieurs points. Il y forme des abcès.

L'histoire anatomique des *abcès encéphaliques* offre un assez vif intérêt. Avicenne parle d'une sorte d'apoplexie qui serait due à la présence d'un dépôt purulent [1]; cette étiologie était bien vague. Forestus mentionne une suppuration de tout le côté droit du cerveau [2]. Néanmoins, Arnaud Boot

[1] *Canon*, lib. III, fol. 1, tract. V, cap. XII.
[2] *Observat.*, t. I, lib. X, obs. XI, p. 414.

eut quelque raison de regarder ce qu'il appela *vomica cerebri* comme une maladie omise dans les écrits des anciens ([1]). L'observation très détaillée qu'il recueillit sur son propre beau-frère était un cas d'origine traumatique. Les faits d'abcès cérébraux se multiplièrent successivement. Lallemand en réunit un certain nombre. Il les divisa en récents et enkystés ([2]). Il choisit la plupart de ses exemples dans le domaine de la clinique chirurgicale, ce qui pouvait convenir pour poser les premières bases d'une notion sommaire, mais aujourd'hui ce serait jeter de la confusion dans une étude qui doit être plus approfondie. Récemment, M. Lebert ([3]) et M. W. Gull ([4]) ont résumé leurs recherches sur les abcès cérébraux : le premier, en puisant dans sa clinique et dans divers recueils; le second, en comparant 16 observations qu'il a rapportées, et dont j'ai donné l'analyse dans l'exposition des faits.

M. Lebert a distingué les abcès de l'encéphale en multiples et solitaires. Dans une énumération de 84 cas, il en note 23 dans lesquels la lésion occupait plusieurs siéges, et 58 dans lesquels elle était bornée à un seul.

A la première division appartiennent les 20 cas de ma première série et les 16 de la deuxième. Mais je dois en outre faire remarquer que, même dans les localisations circonscrites, les abcès ne sont pas toujours solitaires. Ainsi, on en a trouvé parfois deux ou même un plus grand nombre, rarement il est vrai, dans un lobe moyen ou postérieur du cerveau ou dans le cervelet.

M. Lebert a noté que l'hémisphère gauche du cerveau était plus souvent affecté que le droit, 23 fois le premier, 18 fois le second. Une récapitulation générale des faits me conduirait à un résultat différent. Les détails prouvent d'ail-

([1]) Arnoldi Bootii, *Obs. med. de affectibus omissis*, sec. edit., præf. Meibomii. Helmstadi, 1664, p. 9.

([2]) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 323, et t. II, p. 5.

([3]) *Anatomie pathologique*, in-fol., t. II, p. 45 ; et Mémoire inséré dans le Journal de Wirchow (half yearly abstract, t. XXV, p. 43).

([4]) *Guy's hospital Reports*, third series, t. III, 1857, p. 261.

leurs qu'on ne pourrait rien préciser à cet égard. Ainsi, dans la première section, celle des encéphalites à siéges multiples, je trouve 25 abcès, dont 12 pour le côté droit et 13 pour le côté gauche. Dans la deuxième, on trouve des abcès, 6 fois à droite et 8 fois à gauche. Mais relativement aux lobes cérébraux considérés en particulier, on rencontre des abcès :

Dans le lobe moyen.........		à droite..	18	fois,	à gauche..	17
—	postérieur.....	—	9	—	—	7
—	antérieur......	—	7	—	—	7
—	corps striés....	—	4	—	—	0
			38	—	—	31

Ces derniers chiffres compensent les premiers.

Quant aux abcès du cervelet, ils ont occupé 6 fois le lobe droit, 8 fois le lobe gauche.

En additionnant ces résultats partiels, on voit que la différence générale est peu tranchée; on ne peut pas la considérer comme l'expression d'une loi.

Le volume des abcès est variable. On l'a comparé à celui d'une noix, d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule, d'une orange. On a vu un hémisphère converti presque en entier en une sorte de sac plein de pus.

La forme des abcès est ordinairement arrondie ou ovoïde.

Quelquefois, deux ou plusieurs abcès sont voisins; ils restent séparés par des lames de substance médullaire formant cloison, ou bien ils s'accolent et communiquent entre eux. Dans quelques cas, plusieurs foyers très rapprochés se sont réunis et confondus, ce qui a donné à leur ensemble une forme assez irrégulière, et à leur cavité comme une apparence anfractueuse ou multiloculaire.

Le pus contenu dans les abcès cérébraux est en quantité variable, depuis quelques grammes jusqu'à cent et plus. Il est ordinairement jaune-verdâtre ou vert olive, épais, crémeux, ou liquide et filant. Il peut contenir une matière pultacée,

rougeâtre. Il est souvent inodore; mais dans un assez grand nombre de cas, il était d'une fétidité très prononcée, quoique n'ayant eu aucun contact avec l'air extérieur; il est généralement alcalin. Au microscope, il a les caractères ordinaires; mais les granules y abondent plus que les cellules propres à ce fluide. Il a pris naissance dans le tissu interstitiel du cerveau. Les cellules nerveuses libres et leurs noyaux se mêlent aux leucocythes, qui se multiplient, tandis que les tubes nerveux se désorganisent. Les éléments du pus s'infiltrent de graisse et se transforment en matière caséeuse [1]. Vers la périphérie du foyer se pressent des éléments fibro-plastiques qui vont lui préparer une enveloppe.

Le pus peut rester en contact immédiat avec la substance cérébrale, qui est ramollie ou indurée, injectée, rouge ou grisâtre, ou jaunâtre, parsemée de granulations, etc.; mais très souvent, il est renfermé dans un kyste. Ce kyste, dont l'origine vient d'être indiquée, est formé par un tissu membraneux très vasculaire, dont l'épaisseur et la consistance sont variables, la couleur blanche, rougeâtre ou grisâtre. Plus ce kyste est récent, et on l'a vu commencer du treizième au vingt-quatrième jour, plus il est mince et mou. Du trentième au soixantième jour, et plus tard encore, il devient épais et dense, et paraît formé de deux ou même trois membranes. De ces trois membranes, l'externe est d'apparence celluleuse, la moyenne peut être dense, résistante fibreuse ou cellulo-fibreuse et vasculaire; l'interne est molle et analogue à une muqueuse. Celle-ci est quelquefois tapissée par une sorte d'enduit épais qui est du pus concrété.

Ce kyste est quelquefois fort distinct de la substance cérébrale et s'en détache facilement; d'autres fois, il lui est assez étroitement uni, et celle-ci présente jusqu'à une certaine distance, soit du ramollissement, soit de l'induration, et une teinte jaunâtre ou grisâtre.

(1) Hayem, Thèse, p. 42.

Ces kystes diffèrent beaucoup de ceux qu'on voit se former autour des foyers hémorrhagiques; ces derniers sont des agents de sécrétion, d'absorption et de résolution. Ceux qui entourent les abcès semblent ne point remplir de pareilles fonctions; leur membrane interne est plutôt pyogénique qu'absorbante. On a rarement trouvé les abcès affaissés et en voie de guérison; mais quoique sans doute excessivement rare, cette heureuse solution ne doit pas être réputée absolument impossible (CLVIII).

Les abcès cérébraux ont une tendance à s'ouvrir vers les points qui leur offrent le moins de résistance. C'est ordinairement du côté des ventricules que le pus se porte, et ces cavités en sont plus ou moins remplies. Cet épanchement a été constaté un assez grand nombre de fois.

Très rarement le pus est venu se répandre à la surface de l'encéphale (CCCXLIII). On a parlé d'abcès cérébraux évacués par les narines [1] ou de pus rendu par l'oreille; mais les détails nécroscopiques manquent.

Morgagni raconte, d'après Albertini, qu'un malade atteint de fièvre, de délire, de convulsions, puis de léthargie, ayant pris du tabac le quatorzième jour, rendit par le nez une grande quantité de pus. Y eut-il rupture d'un abcès du lobe antérieur du cerveau à travers la lame criblée de l'ethmoïde? Morgagni dit avec un grand sens : « Il serait à désirer que les têtes de ceux sur lesquels on fait des observations semblables, tombassent entre les mains d'un anatomiste zélé, afin qu'il pût constater que le pus était sorti de la cavité du crâne, et non pas des sinus de la pituitaire [2]. »

Quant au pus évacué par l'oreille, c'est une question qui semble devoir être bientôt tranchée par la négative. Comment, en effet, supposer que ce fluide puisse se frayer une route à travers le rocher, si celui-ci est intact? Le trou auditif interne serait peut-être une voie admissible; le

(1) Albrecht, *Actes des curieux de la nature*, 1687, decur. II, an. VI, obs x. (*Collect. acad.*, t. VII, p. 413.)

(2) *De sedibus et causis morborum*, epist VI, n° 5.

limaçon ne résisterait guère; mais d'autres obstacles se présenteraient, et les fenêtres qui communiquent avec la caisse du tympan sont bien étroites. On ne peut concevoir l'expulsion du pus formé dans le cerveau à travers les cavités de l'oreille qu'en supposant celles-ci préalablement altérées, corrodées et rendues béantes. Des faits nombreux apprennent que tel est le mode ordinaire de la transmission du pus. En l'absence de cette condition, des doutes sont imposés. Ils deviendront plus sérieux encore si on examine sur quelles preuves on traçait ainsi le cours de la matière purulente intra-crânienne jusqu'au conduit auditif externe. Parmi les exemples apportés, il en est un d'autant plus intéressant, que l'observateur était en même temps le malade. C'était Leblanc, célèbre chirurgien d'Orléans. Il raconte qu'étant à la monnaie de Paris, et ayant avancé la tête sur des moules qu'on remplissait d'argent en fusion, il sentit une forte commotion dans le crâne et dans les membres. Il perdit connaissance, puis souffrit d'une céphalalgie gravative; il devint sourd le sixième jour, et éprouva le huitième comme un écartement des os de la tête, avec fièvre. Le quinzième jour, malgré d'abondantes émissions sanguines, ses douleurs augmentèrent, s'accompagnant de mouvements et de roidissements spasmodiques des muscles de la face et des membres, d'insomnie, de soubresauts des poignets, d'un sentiment de poids énorme, et, plus tard, d'un déchirement, d'un décollement intérieur entre la suture sagitale et l'oreille gauche. On crut alors à un foyer purulent dans le crâne. Mais au moment où on allait pratiquer le trépan, un écoulement de pus se fit par l'oreille. On était au cinquante-sixième jour. Le calme, le sommeil suivirent immédiatement. Vingt jours après, nouvel écoulement, mais par l'oreille droite; puis rechute, écoulement par la gorge, par le nez; guérison au bout de deux ans [1]. Une collection purulente s'était-elle réellement formée dans le cerveau, ou, comme

[1] *Ancien Journal*, 1762, t. XVII, p. 455.

on le crut alors, entre la dure-mère et les os? Cet abcès put-il se vider à travers l'un et l'autre rocher? Je ne conteste pas les immenses ressources de la nature, ni ses admirables procédés; néanmoins, je pense que l'imagination du malade ne fut pas étrangère au jugement qu'on porta. Il crut distinguer en secouant sa tête comme le flot d'un liquide. Mais comment ce choc interne aurait-il pu s'opérer aussi innocemment, sans convulsions, sans perte de connaissance, sans trouble intellectuel? et comment le pus serait-il sorti précisément par l'os le plus dur du crâne, alors que sur son trajet se trouvaient des parois osseuses assez minces? L'écoulement purulent n'avait certainement pas une source aussi profonde qu'on l'a prétendu; les cavités anfractueuses des apophyses mastoïdes, du sphénoïde et de l'ethnoïde, durent en être les véritables foyers; car une tumeur s'était formée derrière l'oreille gauche, et le pus ne sortit pas seulement par le conduit auditif, mais aussi par la gorge et par le nez.

Il me paraît, comme à Lallemand (1), et quoi qu'en ait dit Itard (2), tout à fait improbable qu'un abcès formé dans le cerveau puisse se vider par l'oreille, si celle-ci n'était pas déjà malade.

e. Fausses membranes. — Quelques cas d'encéphalite ont offert des productions pseudo-membraneuses, dont il faut faire mention pour n'omettre aucune circonstance même accessoire. Cette formation a été notée sur la substance corticale, à la surface interne des ventricules, et autour de quelques ramollissements, comme je l'ai indiqué à l'occasion de ces derniers. Dans ces différents siéges, où leur présence est fort rare, et paraît accidentelle, les fausses membranes ont été molles, peu épaisses, et pénétrées d'éléments hématiques.

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 132.
(2) *Maladies de l'oreille*, t. I, p. 213.

f. — **Gangrène.** — Hippocrate s'était servi du mot *sphacèle* pour désigner l'inflammation du cerveau. La même dénomination a été employée par Amatus Lusitanus ([1]), par Dodoëns ([2]), par Forestus ([3]), par Tulpius ([4]), par Henricus ab Heers ([5]). Il serait possible que, dans quelques cas, la gangrène du cerveau ou du cervelet eût accompagné des plaies de tête graves; il y a peut-être lieu d'en douter ([6]).

Peut-on admettre, comme une preuve de gangrène du cerveau, la fétidité qu'il exhale? Mais le pus contracte aisément une odeur putride et infecte, et certains ramollissements peuvent avoir aussi hâté la décomposition de la substance cérébrale.

La couleur noirâtre, ou verdâtre, ou ardoisée de divers points de l'encéphale, doit-elle faire supposer que la gangrène s'en était emparée? Mais il suffit d'une infiltration de sang dans la substance corticale pour lui donner une teinte brune, où même noire. L'altération des os donne aux méninges et au cerveau une couleur noirâtre, ou verdâtre, ou ardoisée ([7]). Il faut donc apporter quelque attention avant d'admettre la réalité de la gangrène cérébrale.

Ces réserves faites, voyons ce que disent les auteurs. Abraham Kaw Boerhaave rapporte avoir trouvé une partie du cerveau presque entièrement détruite, et à la place, une humeur ténue, ichoreuse, et fétide ([8]). Baillie dit que la partie du cerveau tombée en gangrène a une couleur brune noirâtre, et qu'elle a perdu sa consistance et sa fermeté ([9]). M. Gendrin donne pour caractères anatomiques

([1]) *Curationum medicinalium*, cent. Iª, cur. 9; cent. VIIª, cur. 81.

([2]) *Medicinalium observ. rar.*, cap. II, p. 4.

([3]) *Observat. de morbis cerebri*, lib. X, observ. XI, t. I, p. 414.

([4]) *Observationum med.*, lib. I, cap. II, p. 3.

([5]) *Obs. medicæ oppido raræ, etc.*, n. 17.

([6]) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 425.

([7]) M. Baillarger a vu cette teinte chez des sujets qui avaient eu de profondes eschares au sacrum. (*Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 134.)

([8]) *Novi Commentarii Acad. Scientiarum imper. Petropolitanæ*, t. I, ad ann. 1747-48. Petropoli, 1750, p. 353. (*Commentarii de rebus gestis lips.*, t. I, p. 233.)

([9]) *Anatomie pathologique*, trad. franç., p. 421, sect. XV.

de la gangrène du tissu cérébral, une teinte rouge violette, parsemée de points grisâtres, ou gris noirâtre, avec ramollissement et odeur ammoniacale [1].

Parmi les faits que j'ai réunis, quelques-uns donnent des apparences, des indices, mais non une idée positive et complète de cet état morbide. Ainsi, une moitié du cerveau et du cervelet est désorganisée, diffluente, lie de vin; Lenoir qualifie cet état de gangrène; la société anatomique n'y voit qu'un ramollissement (XVII). La substance corticale offre une couleur grise ardoisée, et une teinte bleue verdâtre; mais sa consistance est encore ferme, et sa division laisse suinter des gouttes de sang; circonstances qui excluent l'idée de la gangrène (XCVI). Le cerveau exhale une odeur de gangrène, quoique le sujet ne donne aucune marque de putréfaction; en même temps, on note une couleur verte, et un ramollissement pulpeux de la substance corticale (CVI). Ceci paraît plus caractéristique. Le cerveau a une couleur livide, il est imbibé de matière sanieuse brune (CV). Les corps striés et les couches optiques sont convertis en matière pultacée et noirâtre (CCXCI).

Ce sont là quelques indications qui portent à faire admettre la possibilité d'une mortification de la substance cérébrale. Mais, j'en conviens, ces traits sont trop imparfaitement dessinés pour établir les caractères précis de la gangrène cérébrale. Nous verrons cette altération mieux marquée dans la méningo-encéphalite.

g. — Atrophies, pertes de substance. — L'affaissement ou la raréfaction, l'atténuation ou la destruction, sont des effets successifs d'un travail qui a cessé d'être phlegmasique. C'est une désorganisation qui remplace une hypergénésie. Ces états poreux, celluleux, ces diminutions de volume que présente un lobe, ces amincissements, ces perforations, ces disparitions de parties membraneuses, comme le septum des

[1] *Histoire anatomique des Inflammations*, t. II, p. 184.

ventricules, la voûte à trois piliers, etc., démontrent l'atteinte portée à la nutrition, à l'intégrité des organes.

Mais quelquefois la partie dont une couche a été affaissée ou détruite, se condense, se solidifie, et se couvre d'une pellicule assez ferme. M. Cruveilhier a donné deux exemples de cette remarquable altération, qui avait pour siége le cervelet, où se trouvait une perte de substance très apparente [1].

VI. *Rapports entre le siége occupé par la phlegmasie encéphalique et les phénomènes qu'elle provoque.* — Il faut rappeler d'abord cette curieuse remarque, que la substance de l'encéphale peut être assez vivement enflammée sans que des phénomènes notables se manifestent.

Il est certain que la constitution matérielle du cerveau peut subir et tolérer des altérations graves et profondes, sans que les fonctions de cet organe en paraissent troublées. Plusieurs fois, en effet, la maladie a brusquement éclaté, la mort a été rapide, et des désordres évidemment antérieurs à l'invasion des accidents ont mis hors de doute cette tolérance inexplicable. C'est donc un fait acquis à la science : l'intellect peut s'exercer et l'innervation continuer ses actes nombreux, alors que quelque partie de l'encéphale est le siége d'une lésion grave demeurée occulte ou latente; mais cette tolérance a un terme; l'orage éclate, et il est d'autant plus violent, que la résistance a été plus longue.

Les variétés de structure des substances corticale et médullaire du cerveau entraînent-elles dans la production des phénomènes morbides des différences correspondantes? On peut dire d'une manière générale que, dans la phlegmasie, soit de l'une, soit de l'autre de ces substances, l'intelligence, la sensibilité, la motilité peuvent être également affectées; toutefois, dans la majorité des faits, l'encéphalite de la couche corticale offre plus fréquemment des troubles intellectuels, un délire bruyant et loquace; tandis que les altérations du

[1] *Anatomie pathologique*, in-folio, 37e livraison, planche V.

sentiment et du mouvement y sont moins prononcées. L'inverse a lieu pour les phlegmasies de la substance médullaire : l'intellect est assez souvent libre ou simplement obtus; tandis que les convulsions, les paralysies, les contractures attestent que l'élément de la motilité est notablement compromis.

Les faits ont encore donné ce résultat étrange et contraire aux idées les plus répandues, que l'encéphalite des lobes antérieurs du cerveau a laissé l'intellect plus souvent intact que celle des lobes postérieurs.

Les troubles de la motilité ont été dans un rapport assez constant de latéralité opposée avec le siége de la phlegmasie, surtout quant aux paralysies; mais la règle a subi quelques exceptions que j'ai signalées (CXXXVI, CXXXVIII, CCII, CCXXII, CCCVI). On pourrait en citer d'autres. Forestus raconte qu'un jeune garçon, âgé de onze ans, était atteint de stupeur, d'assoupissement et d'hémiplégie complète du sentiment et du mouvement du côté droit. La parole était réduite à une sourde mussitation. Forestus annonce que ce malade mourra le quatrième jour, et qu'on trouvera un sphacélisme avec abcès dans le côté droit du cerveau. Tout arriva comme il l'avait dit, et le désordre occupait le côté correspondant à la paralysie (1). On ne saurait suspecter la bonne foi du célèbre observateur, quoique l'événement soit venu bien à point confirmer sa prédiction. Le fait avait des témoins nombreux. Il se passait, en 1545, dans un château à Malesherbes, près de Pluviers, dans la Beauce, et un médecin d'Étampes avait été également appelé. Il n'en demeure pas moins extraordinaire que Forestus, ayant avancé qu'on trouverait l'altération cérébrale du côté où existait l'hémiplégie, il n'ait pas reçu du fait un démenti éclatant. Mais les autres exemples cités viennent justifier, non la prédiction de Forestus, seulement l'admissibilité du cas exceptionnel où il devina si juste.

(1) *Observationum et curationum med.* Lib. X : *De cerebri morbis*, obs. XI, t. I, p. 414.

Dans les encéphalites à siéges multiples, surtout avec formation d'abcès, les paralysies ont été moins fréquentes et moins étendues qu'on n'aurait dû le supposer. Rarement la perte du mouvement a frappé les deux côtés en même temps, et presque toujours un côté a été plus affecté que l'autre (XVII, XX).

On a vu, dans cette catégorie, l'hémiplégie alterne (XXI, XXVII) facilement expliquée par la double latéralité des lésions. L'hémiplégie alterne s'est aussi montrée dans le cas où un seul corps strié était enflammé (CCLXXVI); il est vrai que l'hémisphère, du côté opposé, était légèrement ramolli en quelques points ; enfin, dans deux cas, l'un de cérébellite (lobe droit, CCCI), et l'autre d'inflammation du mésocéphale (moitié droite et postérieure, CCCXLII).

La perte de la parole, sans perte absolue de l'exercice de l'intelligence, est un phénomène digne d'attention, surtout en vue des localisations avec lesquelles il se trouve en rapport. L'aphasie était très prononcée dans 41 cas. Le tableau suivant montre les régions et les côtés affectés :

		Le côté gauche.	Le côté droit.	Les 2 côtés.
La 1re (siéges multiples)..	3 cas....	1 cas....	0 ...	2 cas.
La 2e (un hémisphère)...	9 —....	6 —....	2 ...	1 —
La 4e (lobes moyens).....	9 —....	8 —....	1 ...	0 —
La 5e (— postérieurs)..	3 —....	3 —....	0 ...	0 —
La 6e (— antérieurs) ..	6 —....	3 —....	2 ...	1 —
La 8e (corps strié et c. opt.)	4 —....	2 —....	2 ...	0 —
La 9e (cervelet).........	1 —....	1 —....	0 ...	0 —
La 10e (mésocéphale)	3 —....	0 —....	3 ...	0 —
	38 cas.	24 cas.	10 cas.	4 cas.

Dans ce tableau ne figurent pas les encéphalites de la substance corticale ni celles de la région centrale du cerveau. On y a observé plutôt du délire, de la loquacité.

Quant aux autres séries, on constate que l'aphasie est plus fréquente dans les lésions du côté gauche de l'encéphale, mais que ce siége et ce rapport ne sont pas constants, puisque, dans environ le quart des faits, la lésion était

à droite. En même temps, on voit que l'exercice de la parole n'est pas lié à une localisation déterminée, mais que son interruption dépend de la lésion de différents points de l'encéphale.

La langue, dans les divers cas d'aphasie, n'a point été paralysée. On a souvent constaté sa mobilité.

Parfois, cet organe a paru dans ses mouvements s'incliner d'un côté principalement. Mais rien de précis n'a pu être déduit de cette direction. Toutefois, c'est, comme dans les hémorrhagies cérébrales, le plus souvent du côté paralysé, que la pointe s'est tournée.

Même inconstance à l'égard des pupilles; néanmoins, la dilatation a été le changement le plus ordinaire, surtout quand la phlegmasie était arrivée à son summum d'intensité. Du reste, ce phénomène s'est montré presque indifféremment, ainsi que le précédent, dans les diverses localisations des encéphalites.

Les considérations qui précèdent se rattachent surtout aux phlegmasies des parties latérales du cerveau. Celles des parties centrales s'en distinguent par quelques nuances. Les paralysies y sont rares et les accidents convulsifs assez communs, ainsi que les troubles intellectuels. Ces derniers sont, au contraire, peu fréquents dans les inflammations du cervelet, du mésocéphale et du bulbe rachidien.

La cérébellite n'a exercé qu'une faible action sur la motilité, tandis que les phlegmasies de la moelle allongée ont surtout provoqué des lésions de cette faculté, soit en l'excitant, soit en la déprimant.

La sensibilité n'a offert, dans ces deux localisations, aucun phénomène constant; elle a été tantôt obtuse, tantôt conservée, ou même momentanément exaltée.

La respiration a parfois été fortement influencée par l'inflammation du mésocéphale.

La cérébellite n'a provoqué aucun symptôme spécial du côté des organes sexuels.

§ V. — Diagnostic de l'encéphalite.

Le diagnostic de l'encéphalite présente d'assez grandes difficultés, soit à cause des différences symptomatologiques constatées par la comparaison des faits, soit à raison des complications dont cette phlegmasie s'accompagne souvent et des formes ou des états divers sous lesquels elle se manifeste, soit par la ressemblance qu'ont entre elles la plupart des maladies irritatives de l'encéphale et de ses enveloppes.

Pour arriver à quelque notion un peu précise, je dois d'abord rechercher les phénomènes qui, se montrant le plus fréquemment dans le cours de l'encéphalite, peuvent devenir caractéristiques ; puis examiner les particularités qui serviraient à faire reconnaître les points spécialement affectés ou le mode de lésion probablement effectué ; ensuite comparer les formes principales sous lesquelles l'encéphalite se montre, avec les états morbides qui s'en rapprochent par les apparences, et qui pourraient être confondus avec elle.

I. Voici les principaux traits de l'histoire de l'encéphalite qui serviront à la caractériser au point de vue séméiologique :

Jeunesse, âge adulte. Constitution robuste, tempérament sanguin, quelquefois tempérament lymphatico-nerveux. Abus des liqueurs alcooliques. Disposition aux vésanies. Maladies aiguës ou chroniques du cuir chevelu. Insolation. Lésions traumatiques de la tête, même légères et anciennes. Excitation des voies digestives. Troubles de la menstruation.

Symptômes passagers, mais répétés, de congestion cérébrale. Embarras momentané de la parole, troubles de la vue, engourdissement de quelque membre, spasmes variés, paralysie partielle et passagère. Fréquemment céphalalgie.

Debut peu marqué ou vivement accentué. Augmentation de la douleur de tête, généralement gravative. Intellect plus ou moins altéré, lent, comme engourdi. Délire, plus

souvent léger qu'intense; somnolence, assoupissement, coma. Parole gênée, parfois nulle. Yeux sensibles, peu mobiles; pupilles quelquefois contractées d'abord, dilatées ensuite. Spasmes cloniques, convulsions, tressaillements, tremblements généraux ou partiels, crampes, soubresauts des tendons, grincements des dents. Paralysie souvent unilatérale, augmentant ou s'étendant par degrés, plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Contracture ou résolution des parties paralysées. Sensibilité quelquefois exaltée, engourdissements, fourmillements; plus tard, anesthésie cutanée et suspension de l'action réflexe. Fièvre, pouls fréquent, peau chaude; mais quelquefois pouls lent, faible, avec pâleur et peu de chaleur. Respiration gênée, suspirieuse, stertoreuse. Langue tremblante, quelquefois déviée. Parfois, vomissements; dysphagie. Constipation. Rétention d'urine. Évacuations involontaires.

Tel est l'ensemble des phénomènes et des indices qui servent à faire présumer l'existence de l'encéphalite. Quelques circonstances spéciales peuvent donner l'idée d'une localisation plus ou moins circonscrite.

L'inflammation de la substance corticale se dénote par des troubles intellectuels plus prononcés, du délire [1], ou, si elle est très étendue, par un état comateux apoplectiforme [2]. Celle de la substance médullaire d'un hémisphère ou d'un lobe cérébral s'accompagne d'une céphalalgie plus vive du côté malade, de spasmes, de convulsions affectant l'un ou l'autre côté, d'une paralysie des membres du côté opposé à la lésion. Si c'est le côté gauche du cerveau qui est lésé, les membres droits sont paralysés, et il y a souvent aphasie. L'inflammation de la région centrale du cerveau s'accompagne de nausées, de vomissements, de convulsions, d'assoupissement. L'inflammation du cervelet se décèle par la céphalalgie occipitale, les vomissements, l'agitation, l'insomnie, les troubles de la vue, la sensibilité de l'oreille,

[1] Bellingieri, *Revue médicale*, 1841, t. IV, p. 103.
[2] Durand-Fardel, *Archives*, 3e série, 1839, t. IV, p. 164.

la roideur du cou; celle du mésocéphale par les convulsions de la face, des membres, la paralysie des membres d'un côté ou des deux, leur contracture, le renversement de la tête en arrière, l'insensibilité, la dyspnée, le stertor, la dysphagie.

Bien que ces indices soient relevés sur un assez grand nombre de faits, on ne peut leur donner la valeur de signes pathognomoniques. Quelquefois même, ils sont en opposition avec certains faits. Ainsi, la céphalalgie, dans la cérébellite, a été parfois plus vive au front qu'à l'occiput; mais c'est sur l'ensemble qu'il faut juger et non sur quelques circonstances isolées.

Il en sera de même relativement aux modes les plus ordinaires de terminaison de l'encéphalite, c'est à dire le ramollissement et la suppuration.

C'est en s'en tenant aux résultats les plus généraux qu'on peut regarder le premier comme plus fréquent dans la vieillesse et chez les faibles, et le second comme propre à la jeunesse, à l'âge moyen, aux constitutions robustes et au tempérament sanguin. Le premier marche avec lenteur et quelquefois sans trouble très marqué de la circulation; le second presque toujours avec fièvre, avec une succession rapide du délire et du coma; l'un et l'autre s'accompagnant de spasmes, de convulsions, de paralysies; mais la céphalalgie est généralement plus vive dans le second que dans le premier, et la contracture est peut-être un peu plus fréquente dans celui-ci que dans le second.

Le diagnostic comparatif ou différentiel de l'encéphalite s'éclaire par la distinction des formes principales sous lesquelles cette maladie peut se présenter.

1° Elle peut affecter une forme *délirante,* c'est à dire dans laquelle les troubles intellectuels, les sensations exagérées, la loquacité, l'agitation, se montrent dès les premiers jours. Les analogies se trouvent alors avec la fièvre ataxique, l'état ataxique aigu, l'intoxication alcoolique aiguë, le delirium tremens, la méningite de la convexité.

2° L'encéphalite a, d'autres fois, une forme *comateuse;* alors domine l'assoupissement dès les premiers temps, brusquement ou par degrés. Dans le premier mode, on peut trouver une grande ressemblance avec la congestion subite (coup de sang) ou avec l'apoplexie (hémorrhagie cérébrale), ou avec le narcotisme; dans le second, avec la méningite de la base, la méningite ventriculaire, l'hydrocéphalie aiguë.

3° L'encéphalite à forme *convulsive* pourrait être confondue momentanément avec l'épilepsie, avec les convulsions nerveuses, avec l'urémie, avec les accidents produits par la présence des vers dans les intestins (¹);

4° L'encéphalite à forme *paralytique* offre quelques analogies avec le ramollissement non inflammatoire de l'encéphale, la paralysie générale, l'hydrocéphalie, diverses lésions organiques du cerveau, du cervelet, etc.

Les descriptions déjà données de plusieurs de ces maladies me dispensent d'y revenir. Quelques autres seront le sujet des chapitres suivants. Ce ne sera qu'après une étude complète des maladies de l'encéphale qu'il sera possible d'établir des données séméiologiques générales propres à donner à chaque phénomène morbide sa valeur, à chaque état pathologique ses caractères distinctifs.

Si diverses affections peuvent simuler l'encéphalite, il en est à l'égard desquelles les symptômes de celle-ci peuvent en imposer et occasionner des erreurs. Ainsi, dans un cas, Latham, Abercrombie, Burrows, ont cru, en raison des phénomènes, à l'existence d'une cérébrite; c'était d'une péricardite qu'il s'agissait (²).

Des rapports plus ou moins étroits se trouvent entre les fièvres pernicieuses et les encéphalites à exacerbations et rémittences (³). D'autres fois, les symptômes ont pu faire supposer une inflammation intra-crânienne, alors qu'il n'existait, selon toute probabilité, qu'une fluxion siégeant dans les cavités

(¹) Guersent, *Lancette française*, t. III, p. 278.
(²) Burrows, *On disorders of the cerebral circulation*. London, 1846, p. 187.
(³) Itard. *Revue médicale*, 1823, t. XII, p. 191.

anfractueuses annexées à la base du crâne (1). Enfin, les symptômes de l'encéphalite étant peu prononcés, et le pouls lent, la chaleur modérée, on a pu facilement se persuader qu'il n'existait qu'un état nerveux. Cette erreur doit avoir été souvent commise.

§ VI. — Prognostic de l'encéphalite.

Il serait inutile d'insister sur ce résultat général de la masse des faits observés, que l'encéphalite est d'une extrême gravité, et se termine le plus souvent par la mort.

Les mauvaises conditions d'âge, de constitution, d'habitudes hygiéniques, les précédents pathologiques, la violence des premiers symptômes, leur continuité, leur augmentation, sont des motifs de présages sinistres.

La jeunesse, un tempérament sanguin, une cause accidentelle et récente, une apparition franche des symptômes, une immédiate application des ressources de l'art, rendent le prognostic moins fâcheux.

Il n'est pas de praticien qui n'ait été témoin de cas dans lesquels un commencement d'encéphalite pouvait être soupçonné, et qui, à l'aide de moyens énergiques, ne se soit assez promptement rendu maître de la situation. Il est probable que, dans ces circonstances heureuses, il n'y avait encore qu'injection vasculaire, turgescence de l'organe, sans exsudation, sans ramollissement, sans suppuration.

Mais l'incurabilité de l'encéphalite n'est pas prononcée par arrêt irrévocable, lors même que des altérations matérielles plus ou moins profondes auraient succédé à l'inflammation. On a vu le ramollissement, suite de phlegmasie, susceptible de guérison, et il y aurait peut-être lieu d'admettre la possibilité de la résorption de petits abcès.

Les meilleurs signes d'une heureuse issue consistent dans la diminution graduelle des symptômes, dans le retour de

(1) L'observation de Leblanc ci-dessus, p. 421.

l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement. Mais il faut être extrêmement circonspect, et ne pas prendre pour une convalescence réelle ce qui n'est qu'une rémission prolongée, comme en a parfois présenté le cours d'une encéphalite terminée néanmoins par la mort.

Parmi les symptômes auxquels le praticien doit attacher une grande attention, comme motif de se préoccuper, il faut placer une céphalalgie intense et persistante, une perte absolue de connaissance, des convulsions générales, une paralysie étendue, et avec résolution; un pouls très fréquent, petit, irrégulier; une respiration très gênée. La mort peut avoir lieu par asphyxie.

L'encéphalite qui n'a pas causé une mort rapide, continue sous une forme chronique. Elle n'en est pas moins fort inquiétante. Elle est la source d'altérations organiques qui mettent un long temps à se développer, ou elle laisse l'individu dans un état d'impotence, d'imbécillité, de démence. Le plus souvent, une nouvelle attaque d'encéphalite met un terme à cette vie douteuse et pénible.

§ VII. — Traitement de l'encéphalite.

a. L'encéphalite est une maladie si grave, que l'on doit, dès le premier soupçon, c'est à dire dès l'apparition des symptômes qui peuvent la faire présumer, prendre les mesures les plus prudentes, recommander la cessation de tout ce qui pourrait être considéré comme cause, exiger l'éloignement de toute impression, de toute fatigue physique ou morale. On prescrit un régime tempérant, humectant, assez sévère, la suppression absolue des alcooliques. On favorise la liberté du ventre par le moyen des lavements. On fait prendre des pédiluves, des bains de siége, ou des demi-bains, selon les circonstances, les habitudes, et la saison. On ordonne le repos, ou du moins un exercice très modéré, et à l'abri des rayons du soleil. Ces conseils, purement hygiéniques, exercent une très utile influence, et ont souvent suffi pour atté-

nuer et dissiper une imminente disposition à l'encéphalite.

A ces moyens, on pourrait ajouter l'application de quelques sangsues à l'anus, si on remarquait des indices de pléthore céphalique, et même une saignée, si l'âge et la constitution du sujet en dénotaient la convenance.

b. Lorsque les symptômes annoncent l'invasion de la maladie, il faut instituer un traitement plus énergique. L'indication de tirer du sang devient urgente si l'encéphalite est suffisamment caractérisée, si la face est colorée, le pouls plein et fort, et la peau chaude (1).

L'âge ne ferait pas obstacle si, d'ailleurs, les autres circonstances étaient réunies (2). La phlébotomie est la voie la plus avantageuse. Celle du pied remplit la double indication d'une déplétion sanguine rapide et d'une révulsion efficace. La saignée du bras peut également être utile. Celle de la jugulaire et l'artériotomie de la temporale (3) ont eu leurs partisans. Une manière quelconque de tirer du sang ne peut être que fort utile; mais la plus prompte et la plus facile est certainement la meilleure. La veine jugulaire, l'artère temporale ont sans doute des rapports directs avec le cerveau; mais les difficultés, les embarras de la saignée pratiquée sur ces vaisseaux et la gêne occasionnée par les moyens compressifs qu'elle nécessite, compensent les avantages qu'on peut lui attribuer.

La saignée générale, faite par une large ouverture de la veine, peut être réitérée en raison de l'état du pouls. Dans les cas moins graves, chez les sujets moins robustes, moins pléthoriques, on prescrit une application de sangsues à l'anus.

La persistance des symptômes réclame de nouvelles émissions sanguines. Celles-ci peuvent se faire par l'application des ventouses scarifiées à la nuque (4), ou par l'appli-

(1) Martinet, *Revue médicale*, 1827, t. II, p. 423.

(2) Barzelotti, de Pise, a fait en pareil cas avec succès des saignées abondantes à un vieillard de 85 ans. (*Revue médicale*, 1827, t. I, p. 496.)

(3) Fallot, *Journal complémentaire*, t. XXXV, p. 82.

(4) Clarke, *Comment. on diseases of children*, p. 150.

cation des sangsues derrière les oreilles ou aux tempes. L'introduction d'une sangsue dans une narine ne serait bien indiquée que si on supposait la phlegmasie localisée dans l'un des lobes antérieurs du cerveau.

La pâleur et le refroidissement de la peau, la faiblesse du pouls interdisent toute émission sanguine, ou y mettent un terme si on y a déjà eu recours.

En même temps que les saignées générales ou locales sont pratiquées pour diminuer l'afflux du sang vers la tête, on doit favoriser le retour de ce fluide par les veines. Ainsi, on supprime toute enveloppe, tout lien placé autour du cou; on fait couper les cheveux très ras; on élève la tête autant que possible; on ne donne pour appui à cette partie que des corps impropres à retenir la chaleur, et on applique sur tout le crâne des serviettes fines, pliées en plusieurs doubles, imbibées d'eau froide, et fréquemment renouvelées [1]; de temps à autre, on fait des lotions avec une éponge ou des linges imbibés d'eau froide, sur la tête, le cou, la partie supérieure du tronc, si du moins la saison le permet.

Concurremment on emploie aux membres inférieurs, et surtout à la plante des pieds, des cataplasmes de farine de lin chauds et saupoudrés d'un peu de farine de moutarde. Il n'est pas convenable d'employer dans ce cas des sinapismes très forts, qui irriteraient trop vite et n'auraient qu'une action passagère. Il vaut mieux produire des effets soutenus. On a, dans ce but, recours à des vésicatoires camphrés appliqués aux jambes.

On met le malade à une diète sévère; il prend des boissons délayantes et nitrées; on lui donne des pilules avec la thridace, le camphre et la digitale pourprée.

On provoque les évacuations alvines par des lavements laxatifs.

Si les voies digestives ne sont pas irritées, on peut

[1] Vogel, *Journal complémentaire*, t. XXVI, p. 130 et 262.

administrer quelques purgatifs, comme l'eau de sedlitz, le calomel, la scammonée, etc.

M. Adair Crawford a employé le tartre stibié à haute dose avec succès dans l'encéphalite (1). C'est un moyen héroïque, auquel, dans les cas extrêmement graves, et quand les antiphlogistiques auraient été infructueusement employés, on pourrait s'adresser avec une certaine confiance, si surtout l'estomac et les intestins n'offraient pas d'indices d'irritation.

La période d'affaissement réclame l'emploi des toniques, des stimulants diffusibles, parmi lesquels se placent l'acétate d'ammoniaque, le camphre, la serpentaire de Virginie, etc.

Quelques médecins ont préconisé les préparations mercurielles dans les phlegmasies encéphaliques. J'ai montré leur opportunité dans diverses espèces de méningite; mais je doute que les mêmes avantages puissent être obtenus dans l'inflammation du cerveau lui-même.

J'aurais une plus grande confiance dans les révulsifs énergiques agissant près du siége de la maladie. On a employé les vésicatoires entre les épaules, à la nuque, sur la tête; le séton à la nuque (2), la cautérisation sincipitale (3).

c. L'encéphalite passée à l'état chronique présente parfois l'indication de quelques saignées locales faites avec prudence; plus souvent des toniques et d'un régime fortifiant. La paralysie ne saurait être traitée par la noix vomique, par la strychnine, ni par l'électricité, de crainte de réveiller dans la substance nerveuse des foyers phlegmasiques mal éteints.

Les bains de Balaruc, les bains sulfureux, les bains de mer, ne peuvent être essayés qu'avec une extrême circonspection.

(1) *The Cyclopædia of practical Medicine*, 1849, t. I, p. 330.
(2) Lemasson, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. V, p. 429.
(3) Segond, *Revue médicale*, 1836, t. IV, p. 329.

L'hydrothérapie, plus facile à diversifier et à ménager dans ses applications, aurait peut être de l'utilité [1].

d. Quand on a conduit jusqu'à la convalescence un individu traité comme atteint d'encéphalite, il faut pendant longtemps le soumettre aux précautions conseillées comme moyens préventifs; ces moyens le sont encore, puisqu'il s'agit de prévenir une rechute.

III. — MÉNINGO-ENCÉPHALITE.

La méningo-encéphalite résulte de la coïncidence d'une méningite et d'une encéphalite. La méningite peut occuper la convexité ou la base du cerveau, s'étendre sur le cervelet et la moelle allongée, offrir des degrés d'intensité variés, s'accompagner de fausses membranes, d'infiltration purulente, etc. L'encéphalite a pour siége fréquent la périphérie du cerveau. C'est à cause de ce siége habituel que M. Calmeil a nommé cette phlegmasie *péri-encéphalite* [2]; dénomination qui ne se justifie pas pleinement, car l'altération n'est pas toujours bornée à la substance corticale périphérique ; on la voit se reproduire dans la substance grise des corps striés; des couches optiques, des cornes d'Ammon; on trouve aussi la substance médullaire plus ou moins altérée, indurée, ramollie, en suppuration, dans l'épaisseur des lobes cérébraux ou cérébelleux. Il se peut aussi qu'avec une méningite de la convexité, coïncide, non une inflammation de la substance corticale, mais une encéphalite de la région centrale du cerveau. Ainsi, le mot péri-encéphalite pris comme terme générique, circonscrirait d'une manière trop stricte le siége de la phlegmasie. La dénomination de méningo-encéphalite en donne une idée plus large et plus exacte.

Il eut été possible d'établir des distinctions fondées sur les siéges occupés par la phlegmasie, mais l'histoire de la méningo-encéphalite n'en serait que faiblement éclairée,

(1) Wertheim, *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 552.

(2) *Dict. de Méd, ou Répert.*, 1835, t. II, p. 493. — *Mal. infl. du cerveau*, t. I, p. 142.

tandis qu'elle offre comme base fort naturelle de la classification des faits, la double considération de la marche de la maladie et de l'âge des sujets. Ainsi, la méningo-encéphalite est aiguë ou chronique; la première se présente sous deux aspects très différents, selon qu'on l'observe chez les enfants ou chez les adultes. En outre, la méningo-encéphalite peut avoir pour point de départ, une altération des parois crâniennes. De là, les quatre chefs suivants :

1° Méningo-encéphalite aiguë des enfants.

2° Méningo-encéphalite aiguë des adultes.

3° Méningo-encéphalite chronique. (Elle appartient ordinairement à l'âge moyen ou avancé.)

4° Méningo-encéphalite par lésion (non traumatique) des os du crâne. (Celle-ci appartient à tous les âges.)

Ire SECTION. — MÉNINGO-ENCÉPHALITE AIGUË DES ENFANTS.

Cette espèce, facilement confondue avec la méningite de la convexité ou de la base, ou avec la méningite générale ou avec la méningite granuleuse, s'en distingue par l'absence de granulations et de tubercules, et par la coïncidence d'une inflammation, soit de la substance corticale, soit de quelques points plus profonds du cerveau ou du cervelet.

Elle s'accompagne très souvent d'épanchement séreux dans les ventricules. Aussi, l'a-t-on longtemps assimilée à l'hydrocéphalie aiguë, mais elle doit en être séparée. L'admission de celle-ci suppose l'absence d'une phlegmasie cérébrale ou méningienne.

Ces divers états morbides ont entre eux de grandes analogies et d'étroits rapports; mais si l'on veut être exact, il ne faut pas les confondre. Leur étude anatomo-pathologique s'y oppose, et si les phénomènes symptomatologiques les rapprochent, c'est à la recherche des caractères distinctifs que le clinicien doit surtout s'attacher, les indications thérapiques n'étant pas absolument les mêmes. Examinons donc les faits sur lesquels cette recherche peut s'appuyer.

Ire Observation. — Enfant, cinq mois. 21 novembre, convulsions. 22, abattement, respiration accélérée, coma. 23, état satisfaisant. 24 au soir, convulsions. Mort le lendemain. — Couche pseudo-membraneuse étendue entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur la convexité du cerveau, sur la face inférieure des lobes antérieurs, entre les hémisphères et sur le cervelet. Ramollissement des parois des ventricules latéraux, lesquels contiennent une once de matière purulente. Matière gélatiniforme autour des nerfs optiques, sous le cervelet et sous la moelle allongée (1).

IIe Obs. — Enfant, onze mois; pneumonie. Gastrite traitée par l'ipécacuanha. Vomissements réitérés. Quatorzieme jour, insensibilité, yeux dirigés en haut, respiration inégale, suspirieuse; pouls presque insensible, extrémités froides. Quinzième, retour de la sensibilité, pouls relevé (nouvelle dose d'ipécacuanha). Seizième jour, selles involontaires. Mort. — Engorgement des vaisseaux cérébraux, épaississement et opacité de l'arachnoïde, qui contient quatre onces de sérosité roussâtre. Plusieurs foyers purulents à la partie antérieure et supérieure de chaque hémisphère. Ramollissement général du cerveau. Pas de sérosité dans les ventricules, inflammation vive de la muqueuse œsophagienne et gastrique; engorgement des glandes mésentériques (2).

IIIe Obs. — Fille, dix-huit mois, malade depuis quinze jours. Quelque temps avant, chute sur la tête, céphalalgie, irascibilité, puis insensibilité (pas de vers), constipation habituelle; coma, face gonflée, pâle; mouvements convulsifs des commissures labiales, paralysie des membres droits, pupilles dilatées, mais se contractant à la lumière; respiration laborieuse, pouls 125; peau chaude et sèche; pieds œdémateux, urine rare. Mort le vingt-deuxième jour. — Maigreur, dure-mère adhérant au crâne. Cerveau large et mou, méninges injectées. Ventricules distendus par deux onces de sérosité claire. Dans le centre du lobe antérieur droit, ramollissement crémeux circonscrit. Deux onces de sérosité à la base, où l'arachnoïde est considérablement épaissie et d'une couleur blanche opaque. Un dépôt gélatineux recouvre le pont de Varole et l'origine des nerfs. Viscères abdominaux sains; fin de l'iléon rempli d'une matière verdâtre, comme de la bile cystique (3).

IVe Obs. — Fille, deux ans. 18 mai, convulsions et hémiplégie

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 78.

(2) Lespagnol, dans Parent-Duchâtelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 356, 72e obs.

(3) Ransford, *Transactions of the medico-chir. Society of Edinburgh*, 1834. (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, t. XLII, p. 248.)

gauche, toux. Contracture des membres gauches, strabisme convergent; tache cérébrale distincte, respiration irrégulière, pouls irrégulier, puis 80, puis 110; gémissements, quelques cris aigus; déglutition difficile, abdomen déprimé, pupilles dilatées, faiblesse, maigreur (variole, purpura). Mort. — Pneumonie hypostatique; un tubercule dans les ganglions bronchiques. Adhérence de la dure-mère avec une fausse membrane rougeâtre qui recouvre l'hémisphère droit, où elle présente quelques stries vasculaires. Substance cérébrale affaissée. Sérosité citrine dans les ventricules, dont le plancher est induré. Corps calleux, voûte, et septum ramollis. Les lobes antérieurs sont constitués par un tissu aréolaire, spongieux, blanchâtre, mou, dont les cellules contiennent de la sérosité. Dans le gauche, l'altération s'étend jusqu'au lobe moyen. Ces vacuoles ne communiquent pas avec les ventricules (1).

Ve Obs. — Fille, vingt-sept mois, forte constitution; tête exposée nue au soleil en juin. Vomissements, inappétence, abattement, céphalalgie, fièvre; pouls petit, dur, serré, inégal, tremblotant; agitation, mouvements convulsifs de la face, grincements des dents, pupilles resserrées. Ventre souple, un peu douloureux à la pression. Convulsions générales, yeux tournés en haut, pupilles dilatées, nausées, constipation. Mort le cinquième jour. — Ventre ballonné, mésentère rouge; intestins un peu rouges, mais non enflammés. Vaisseaux cérébraux gorgés. Arachnoïde rouge et épaisse sur l'hémisphère droit. Pie-mère adhérente au cerveau, qui est ramolli à sa surface, d'un gris-rougeâtre, dans un état putrilagineux, jusqu'à un centimètre de profondeur. Arachnoïde moins enflammée sur l'hémisphère gauche. Plexus choroïde droit enflammé, non le gauche; pas de sérosité dans les cavités (2).

VIe Obs. — Fille, deux ans et demi; teigne squammeuse guérie, ophthalmie suppurante dissipée. Tristesse, assoupissement, perte de connaissance, convulsions, cris aigus, contracture des membres, pupilles dilatées, demi-opacité des cornées; mâchonnement, trismus, paralysie du bras droit. Mort le sixième jour. — Infiltration purulente, sous-arachnoïdienne sur les hémisphères, et principalement dans la grande scissure, avec épaississement des membranes. Ramollissement de la couche corticale superficielle, pus entre les circonvolutions, où il forme de petites masses comme lardacées; cerveau en bouillie rougeâtre dans les points de contact et jusqu'au voisi-

(1) Moynier, dans Savourct, Thèses de Paris, 1853, n° 134, obs. xiv, p. 19.
(2) Barras, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, juin 1823, p. 329.

Ire OBSERVATION. — Enfant, cinq mois. 21 novembre, con... 22, abattement, respiration accélérée, coma. 23, état sa... 24 au soir, convulsions. Mort le lendemain. — Couche ps... braneuse étendue entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur l... du cerveau, sur la face inférieure des lobes antérieu... hémisphères et sur le cervelet. Ramollissement des p... tricules latéraux, lesquels contiennent une once de... lente. Matière gélatiniforme autour des nerfs o... cervelet et sous la moelle allongée (1).

IIe OBS. — Enfant, onze mois; pneumonie. ... l'ipécacuanha. Vomissements réitérés. Quatorz... lité, yeux dirigés en haut, respiration inéga... presque insensible, extrémités froides. Q... sensibilité, pouls relevé (nouvelle dose d'... jour, selles involontaires. Mort. — Eng... ...ère cérébraux, épaississement et opacité de l... ...centre. quatre onces de sérosité roussâtre. Plus... , et suffu- partie antérieure et supérieure de chaq... ...hérence des ment général du cerveau. Pas de sé... ...filtrée de sang inflammation vive de la muqueuse ... ...ié supérieure du engorgement des glandes mésentériq... ...en une suppuration

IIIe OBS. — Fille, dix-huit mois ... ...oi supérieure du ven- Quelque temps avant, chute sur ... ...brane épaisse et parse- puis insensibilité (pas de vers), c... , surtout vers le septum gonflée, pâle; mouvements co... ...roïdes gorgés de sang (2). paralysie des membres droits, r... ans, tête volumineuse, regard à la lumière; respiration lab... vivacité; ventre très développé, sèche; pieds œdémateux, uri... ...utes fréquentes sur la tête. Avril et — Maigreur, dure-mère adh... somnolence, réveils en sursaut, stra- méninges injectées. Ventri... mouvements convulsifs des paupières, sité claire. Dans le centre ...ané, serrement des mâchoires, grince- crémeux circonscrit. Deu... ...ments convulsifs des membres et des noïde est considérablem... immobiles, vue conservée; ouïe nulle. que. Un dépôt gélatine... poids, retombe. Commissure gauche des des nerfs. Viscères abd... ...sie et insensibilité des membres droits. matière verdâtre, com... déglutition impossible, ventre météorisé, ... Diminution des symptômes; épistaxis

IVe OBS. — Fille, ... Parole rétablie. 25, retour du mouvement des

(1) Abercrombie, *Mala*...

(2) Lespagnol, dans l'... ...*enfants*, 6e obs., p. 32, — et Charpentier, *Hydrocéphale*

(3) Ransford, *Transa*... ...*enfants*, 4e obs., p. 49. *Med. and Surg. Journ*... ...*céphalite*... Lallemand, *Recherches anatomico-pathol. sur l'Encéphale*, t. I, p. 371.

nage du corps calleux, mais pas de ramollissement central. Pas de sérosité dans les ventricules. (Pneumonie double) (1).

VIIe Obs. — Fille, trois ans, tempérament lymphatico-sanguin; catarrhes, diarrhées. 11 novembre, céphalalgie, paralysie du mouvement et non de la sensibilité des membres. 12, vomissements bilieux. 13, assoupissement; néanmoins intégrité des sens et de l'intelligence, appétit, apyrexie. 17, regard fixe, pupilles dilatées et contractiles, soif vive; pouls irrégulier, 110, du onzième au quatorzième jour. (Extrait de noix vomique, émétique.) Céphalalgie, fièvre, agitation, mouvements convulsifs, roideur des membres paralysés, mâchoires serrées; yeux roulants ou renversés, pupilles resserrées, puis dilatées; perte de connaissance. Vingtième jour, éruption pustuleuse sur le cuir chevelu, ophthalmie. Vingt-quatrième, face bouffie, toux, dyspnée. Mort le trente-troisième jour. — Sinus de la dure-mère pleins de caillots volumineux et d'une matière comme fibrineuse, grisâtre, ramollie, en putrilage à son centre. Vaisseaux de la dure-mère très injectés, surtout à droite, et suffusion sanguine sur l'hémisphère du même côté. Adhérence des méninges à la substance grise, qui est ramollie et infiltrée de sang dans presque toute l'étendue du lobe moyen. Moitié supérieure du lobe antérieur droit comme dissoute et fondue en une suppuration liquide. Substance cérébrale très injectée. Paroi supérieure du ventricule droit ramollie, tapissée par une membrane épaisse et parsemée d'une multitude de points rouges, surtout vers le septum lucidum et le corps calleux. Plexus choroïdes gorgés de sang (2).

VIIIe Obs. — Enfant mâle, trois ans, tête volumineuse, regard louche, constitution assez forte, vivacité; ventre très développé, voracité, excès d'aliments; chutes fréquentes sur la tête. Avril et mai, fièvre, rhume. 15 juin, somnolence, réveils en sursaut, strabisme interne augmenté, mouvements convulsifs des paupières, cris. 22, bégaiement momentané, serrement des mâchoires, grincement des dents. 24, mouvements convulsifs des membres et des yeux, paupières ouvertes et immobiles, vue conservée; ouïe nulle. La tête, abandonnée à son poids, retombe. Commissure gauche des lèvres tirée en haut. Paralysie et insensibilité des membres droits. Respiration stertoreuse, déglutition impossible, ventre météorisé, pouls fréquent, régulier. Diminution des symptômes; épistaxis légère, vomissement. Parole rétablie. 25, retour du mouvement des

(1) Senn, *Méningite aiguë des enfants*, 6e obs., p. 32, — et Charpentier, *Hydrocéphale aigu ou méningo-céphalite des enfants*, 4e obs., p. 49.

(2) Thibert, dans Lallemand, *Recherches anatomico-pathol. sur l'Encéphale*, t. I, p. 371.

membres droits. Soupirs. Déglutition facile. Apyrexie, marche possible. 28, excès d'aliments, embarras dans la prononciation, fièvre vive, agitation. 29, mouvements convulsifs des yeux, difficulté momentanée de parler, suivie de loquacité; soif, faim du 1er au 12 juillet, jour de la mort. Paralysie du sentiment et du mouvement de la main droite, faiblesse passagère du membre inférieur droit, agitation, cris, puis assoupissement, alternatives de chaleur et de froid, de gaîté et de colère; selles liquides, involontaires; intelligence nette; convulsions ou roideur tétanique des membres droits, respiration suspirieuse, très gênée. — Méninges fort injectées sur l'hémisphère gauche et parsemées de points jaunes saillants, comme du pus concret. Substance corticale rouge. Demi-verre de sérosité jaune, limpide, dans le ventricule gauche. A la partie externe du corps strié et de la couche optique, la substance cérébrale, sans changer de couleur, devient très consistante; elle résiste au scalpel, et de ce point partent des ramifications comme membraneuses, se dirigeant en dehors, en avant et en bas, jusqu'à un pouce de la surface de l'hémisphère. La substance cérébrale est très ramollie et couleur lie de vie entre ces prolongements, qui ont une apparence fibreuse, sont pénétrés de vaisseaux d'assez gros calibre, et sont entourés d'une gaîne distincte. Rien d'anormal dans l'hémisphère gauche; seulement, le ventricule contient un peu de sérosité (1).

IXe Obs. — Garçon, trois ans, fort, développé, tête volumineuse, intellect précoce, santé parfaite. 5 juillet, agitation, céphalalgie, vomissement. 6, léger délire, puis assoupissement peu profond; cris au moindre réveil, pouls normal, spasme tonique du membre supérieur gauche. Mort subite, après trente-huit heures de maladie. — Sinus de la dure-mère gorgés de sang. Cerveau comme tuméfié. Arachnoïde de la convexité rouge, injectée, et comme ecchymosée sur le lobe moyen droit; sur l'hémisphère droit, taches blanches, irrégulières. Ramollissement de la substance corticale. Tout le cerveau et le cervelet, extrêmement ramollis, sans rougeur. Point de sérosité dans les ventricules. Un peu de rougeur à l'iléon. Quelques glandes mésentériques engorgées (2).

Xe Obs. — Garçon, trois ans, tête volumineuse, caractère doux, disposition au repos, vomissement, insomnie, cris, mains portées à la tête, pouls irrégulier; pupilles normales, puis dilatées; parole difficile, somnolence, rotation de la tête, mouvements convulsifs des yeux, des bras; constipation, mâchoires contractées, évacuations involontaires, cécité, yeux fixes, pupilles dilatées. Mort le

(1) Carrier, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1824, p. 375.
(2) Deslandes, *Bibliothèque médicale*, 1824, t. IV, p. 338.

neuvième jour. — Crâne épais dans la région frontale. Cerveau volumineux. Veines très injectées de sang noir. Arachnoïde, pie-mère, résistantes. Sur le lobe moyen droit, plaque oblongue, formée par une fausse membrane. Au dessous, substance cérébrale ramollie, désorganisée en plusieurs endroits. Épanchement séreux sous-arachnoïdien considérable et général. Sérosité dans le ventricule gauche, point dans le droit. Cerveau mou. Cervelet sain. Sérosité à la base du crâne et dans le canal rachidien [1].

XIe Obs. — Fille, trois ans. Mai, assoupissement, cris aigus, vomissement (pas de convulsion), pouls 104, 120; face colorée, agitation, langue sèche, oubliée hors de la bouche; yeux demi-clos, ou fermés. Mort le douzième jour. — Sérosité purulente entre la commissure des nerfs optiques et les pédoncules, et dans les scissures de Sylvius. Méninges à la convexité pâles. Cerveau mou, peu injecté. La substance corticale s'enlève à la base. Voûte et corps calleux mous. Ventricules peu dilatés [2].

XIIe Obs. — Fille, trois ans et deux mois; scarlatine à deux ans, coqueluche et rougeole, ensuite bonne santé. Invasion brusque, peau brûlante, pouls fréquent; vomissements, puis calme, assoupissement. Au réveil, agitation, colère, perte de connaissance, coma, yeux agités de mouvements convulsifs, pupilles dilatées, soubresauts des tendons; pouls normal, puis fort, fréquent; face colorée, convulsions, sueur, éruption miliaire cristalline. Mort le dixième jour. — Méninges et substance corticale enflammées. Leurs vaisseaux très dilatés. Quatre onces de sérosité limpide dans les ventricules [3].

XIIIe Obs. — Garçon, quatre ans, vacciné, bien nourri, en bonne santé, fortement constitué. Il s'échauffe en courant. Couvert de sueur, il s'asseoit, la tête et la poitrine exposées à la pluie. Le lendemain, pesanteur de tête, douleur lancinante au front, tension à la nuque, sentiment de faiblesse, ni soif, ni appétit, légère fièvre, pouls presque naturel quant à la fréquence et à la plénitude, mais très irrégulier; constipation, urine rare, peau sèche. Deuxième jour, accroissement de la fièvre et des autres symptômes. Troisième, rémission, puis progrès incessants; symptômes d'hydrocéphalie, insensibilité. Mort le quarante-huitième jour. — Vaisseaux cérébraux très engorgés. Sutures élargies. Méninges et cerveau injectés. Lymphe coagulable infiltrée dans la pie-mère, et répandue sur le corps calleux et à la base du cerveau. Six onces de sérosité dans les ventricules.

[1] Bricheteau, *Revue médicale*, 1830, t. III, p. 208.
[2] Rufz, *Archives*, 2e série, t. I, p. 191.
[3] Pontrain, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, 1807, t. XIV, p. 26.

Plexus choroïdes pâles, entourés de lymphe. Septum des ventricules déchiré. Substance blanche du cerveau rouge ([1]).

XIVe Obs. — Fille, quatre ans. Octobre, céphalalgie violente, cris plaintifs, fièvre, convulsions par accès plusieurs fois par jour; quelquefois, spasmes bornés aux muscles de la respiration et de la déglutition. Quinzième jour, pupilles dilatées, sans oscillations, peu sensibles; somnolence continuelle, paupières abaissées, yeux chassieux, conjonctives injectées; face pâle, légèrement bouffie; mouvements faciles de tous les membres; ouïe, sensibilité conservées; aphonie; pouls petit, inégal, irrégulier, concentré, tantôt lent, tantôt précipité; évacuations involontaires et rares; ventre souple, indolent; coma, déglutition encore possible. Mort le vingt-quatrième jour. — Os du crâne épais et durs. Vaisseaux de la dure-mère très injectés. Arachnoïde luisante à sa surface, enduite d'une matière visqueuse, adhérente à la faux par le moyen de petites brides celluleuses blanchâtres. Pie-mère injectée. Cinq onces de sérosité limpide dans les ventricules, avec injection des vaisseaux de leurs parois. Septum en bouillie blanchâtre. Ramollissement des lobes antérieurs et moyens au niveau et au dessous des ventricules latéraux, et étendu jusqu'à la substance corticale voisine. Méninges plus enflammées à la base qu'à la convexité. Nerfs optiques un peu indurés, et enveloppés d'une couche épaisse d'albumine coagulée dans le tissu de la pie-mère épaissi et injecté. Même état de l'arachnoïde jusque sur les pédoncules, le mésocéphale, le cervelet. Intestins grêles légèrement phlogosés, rétractés, et contenant des ascarides lombricoïdes ([2]).

XVe Obs. — Garçon, quatre ans, délicat, sanguin; jalousie, maigreur, diarrhée, convulsion du côté droit, délire. 10 novembre, décubitus dorsal, face injectée, mouvement lent de rotation des yeux, pupilles peu dilatées, resserrement des mâchoires, roideur du tronc; contraction de tout le côté droit, avec secousses régulières; bras gauche en résolution, et jambe un peu roide; parfois, cris aigus; déglutition presque impossible; respiration plaintive, etc. Mort le 12. — Injection vasculaire sous-arachnoïdienne. De plus, ecchymoses et infiltration purulente sur le lobe postérieur droit, pénétrant entre les circonvolutions. Substance grise sablée de points rouges. Substance médullaire de l'hémisphère droit, ramollie jusqu'au ventricule. État analogue dans l'hémisphère gauche. Le

([1]) Golis, *Treatise on the hydrocephalus acutus;* translated from german by Gooch. London, 1821, p. 237.

([2]) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 124, 21e obs.

ramollissement comprend les environs du corps calleux, le pilier de la voûte, le corps frangé, qui ont une teinte jaunâtre. Infiltration purulente, près l'hiatus de Bichat, et sur le cervelet. Deux cuillerées de sérosité dans le ventricule droit, moins dans le gauche. Granulations dans les poumons ([1]).

XVIe Obs. — Fille, six ans, un peu cacochyme, pâle, avec quelques rougeurs de la face; sueurs d'odeur aigre, grande voracité, laxité des chairs; variole en juin, suivie de fièvre quotidienne, avec exacerbation, et, plus tard, d'une éruption, en diverses parties, de petites tumeurs douloureuses et rouges, qui forment des abcès. L'hiver suivant, coryza, toux. Au printemps, exposition aux vicissitudes atmosphériques. 17 mai, céphalalgie subite, s'étendant du front aux oreilles, surtout à droite; fièvre, vomissement bilieux, insomnie. 18, urine blanche, ténue; pouls fréquent, dur, intermittent; parole rare, léger délire, froid vers midi, fièvre très intense, stupeur; refus de tout, excepté des boissons acidulées; le sang d'une saignée du bras se couvre d'une couche pleurétique; face tuméfiée, yeux saillants, immobiles; respiration suspirieuse, plaintive; surdité. 19, redoublement fébrile intense; interrogée, la malade regarde, mais répond à peine ou à voix basse; elle s'agite, sort du lit, remue les bras et les jambes, tente de s'arracher les cheveux ou de s'écorcher le visage. 20, exacerbation, dypsnée, stertor, coma, chaleur ardente. 21, évacuation alvine abondante, soulagement momentané; la nuit, opisthotonos. 22, mort. — Adhérence étroite de la dure-mère avec le crâne. Vaisseaux des méninges pleins de sang. Pie-mère résistante, se divisant difficilement. Substance corticale enflammée, en putrilage de couleur plombée, mais sans infiltration purulente. Substance médullaire intacte. Pas d'altération dans les ventricules, ni le cervelet. Un peu de sérosité sous la moelle allongée et autour du commencement de la moelle épinière ([2]).

XVIIe Obs. — Fille, six ans, forte constitution. Avril, céphalalgie, convulsions générales, coma, irritabilité très grande, assoupissement, trismus, pouls 110-128, pupilles contractées, oscillantes; yeux dirigés en haut et à droite, roideur de l'avant-bras gauche, le droit paraît dans un état de résolution. Mort le sixième jour. — Infiltration purulente du tissu sous-arachnoïdien qui recouvre les hémisphères et pénètre dans les anfractuosités et les scissures. Méninges de 2 lignes d'épaisseur. Peu de sérosité trouble dans les

([1]) Payen, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1826, n° 21, p. 14.

([2]) Caietanus Videmarius, et Borsieri. (Burserius, *Institutionum Medicinæ practicæ*. Lips., 1798, t. III, p. 147.

ventricules. Voûte et cloison ramollies. Substance corticale de la scissure de Sylvius ramollie et rougeâtre. Légère gastrite [1].

XVIII[e] Obs. — Fille, six ans. 24 janvier, violente céphalalgie, vomissements, constipation, pouls 90 à 100. Sixième jour, évacuations alvines. Dixième jour, pouls 80 à 90, cessation de la céphalalgie. Treizième jour, hésitation en parlant, léger délire, retour de la céphalalgie, qui est frontale; pupilles dilatées. Quinzième jour, mouvements convulsifs. Seizième, céphalalgie, pouls 90 à 140, vision imparfaite, intellect conservé jusqu'à huit heures du soir; convulsions violentes, mort. — Point d'épanchement dans les ventricules. A la surface inférieure du lobe cérébral antérieur droit, couche pseudo-membraneuse couvrant une surface de la largeur d'un shilling. La partie du cerveau adjacente est sensiblement plus dense dans l'étendue de la moitié d'une noix [2].

XIX[e] Obs. — Fille, sept ans, malade depuis deux mois; toux, maigreur, néanmoins appétit. 22 juillet, colique, diarrhée, vomissement. Trois jours après, céphalalgie, parole embarrassée, douleur dans l'oreille droite, pouls petit et fréquent. Le 30, coma, pouls 90, pupilles très dilatées. Le 31, parole nulle, coma profond, pouls 80. 2 août, convulsions du côté droit du corps, membres gauches comme paralysés, déglutition possible. Mort le 10. — Plusieurs plaques de fausses membranes sur l'hémisphère droit, dont une portion circonscrite est dans un état d'inflammation récente avec rougeur uniforme, mais consistance naturelle. Plus en avant, sa substance est ramollie et d'un blanc jaunâtre ou cendré. Adhérence mutuelle des circonvolutions par le dépôt pseudo-membraneux. Agrégats tuberculeux en divers points de l'encéphale et des poumons [3].

XX[e] Obs. — Fille, huit ans, douleur au côté gauche de la tête, lassitudes, frissons, anorexie, pouls 66, 80, 122; face pâle et colorée alternativement, nausées, délire, stupeur, vue trouble, convulsions, pupilles dilatées, déjections involontaires. Mort le quinzième jour. — Dure-mère très injectée. Veines de l'hémisphère gauche extrêmement gonflées. Beaucoup de points rouges dans sa substance. Le long de ces veines, infiltration purulente qui s'étend entre l'arachnoïde et la pie-mère. Couche corticale de couleur brunâtre. Ventricule gauche large contenant trois onces de sérosité. Hémisphère droit moins injecté, mais offrant une infiltration purulente le long des principales veines. Ventricule droit presque aussi distendu que

[1] Senn, *Méningite aiguë des enfants*, 5e obs., p. 27.
[2] Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 76.
[3] Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 114.

le gauche. Plexus choroïdes très vasculaires, ainsi que les méninges de la base, qui sont infiltrées de beaucoup de sérosité. Même altération sur le pont de Varole. Deux onces de sérosité à la base du crâne [1].

XXIe Obs. — Fille, huit ans et demi, masturbation, douleurs dentaires anciennes. Octobre, douleurs dans l'hypochondre gauche, céphalalgie frontale violente, agitation et assoupissement alternativement; mouvements convulsifs des muscles des yeux et de la face, grincements de dents, perte de connaissance, délire, respiration irrégulière, déglutition difficile, trismus, tête portée en arrière. Mort le cinquième jour. — Fausses membranes dans l'arachnoïde. Pus infiltré sous l'arachnoïde de la convexité, des plexus choroïdes, dans les scissures, sur le mésocéphale. Demi-once de sérosité trouble dans les ventricules. Ramollissement et injection de la surface des hémisphères. Septum lucidum ramolli [2].

XXIIe Obs. — Garçon, neuf ans, forte constitution; disparition d'une éruption du cuir chevelu; vomissements, assoupissement profond, contraction des deux bras, cou roide, pouls irrégulier, intermittent; ventre très tendu, selles involontaires, dents serrées, perte absolue de connaissance. Mort. — Cavité de l'arachnoïde contenant un demi-verre de sérosité. Pus sur les lobes postérieurs du cerveau et dans l'épaisseur de la pie-mère. Sérosité trouble dans les ventricules. Induration rouge de la substance corticale des deux lobes postérieurs, surtout en plusieurs points, où l'inflammation pénètre jusque dans la substance blanche. Inflammation et infiltration de sang à la surface et dans le tissu de la protubérance annulaire. Moelle saine. Lésions diverses de la muqueuse intestinale [3].

XXIIIe Obs. — Garçon, dix ans, très intelligent. Depuis deux ans, triste, paresseux; pesanteur de tête. Le 18 mai, céphalalgie intense, assoupissement, pupilles naturelles, yeux saillants, vomissement, pouls fréquent. 19, perte de connaissance, cris hydrocéphaliques, agitation, pouls lent. 20, 21, 22, état très satisfaisant. 23, mouvements convulsifs des yeux et des membres, paralysie à droite, pupilles dilatées, insensibilité, assoupissement, sueur générale. Mort dans la nuit. — Matière gélatineuse peu abondante sur le cerveau. Arachnoïde fort injectée. Demi-tasse de sérosité dans les

[1] Thomas Mills, *A path. inquiry into the nat. of hydrocephalus.* (*Dublin hospital Reports*. 1828, p. 110. — *Med. chir. Review*, t. XIX, p. 31.)

[2] Charpentier, *Hydrocéphale aigu ou méningo-céphalite des enfants*, 13e obs., p. 163.

[3] Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, p. 120.

ventricules. Lobes antérieurs sains. Centre ovale et base des ventricules ramollis, altérés et d'une odeur particulière ([1]).

XXIVe Obs. — Pierre P..., âgé de dix ans, de Bordeaux, de taille assez élevée pour son âge et de faible constitution, est entré à l'hôpital Saint-André le 18 avril 1847. Depuis quelques jours, il offrait un état convulsif sur les débuts duquel on n'a que de très vagues renseignements. Le jour de son entrée, cet enfant a été en proie à des convulsions générales, mais qui occupaient principalement les membres supérieurs. De temps à autre, il y avait perte de connaissance, suspension complète de toute sensation. Cet état durait de cinq à six minutes; puis la connaissance revenait, les yeux étaient fixes, hagards; la parole, d'abord très difficile, devenait ensuite plus distincte. Dans quelques accès convulsifs, il y avait de l'écume à la bouche; les pupilles sont restées resserrées. Face pâle, pouls petit, peu fréquent, quelquefois presque imperceptible. Vomissement du lait pris le matin. — 19, l'enfant a repris entièrement l'usage de ses sens; il n'offre ni affaissement, ni stupeur, ni céphalalgie; les yeux ont leur aspect ordinaire; les pupilles ne sont plus resserrées. Face pâle, langue blanche, ventre indolent, selles naturelles, point de toux. (Infusion de valériane, 50gr; cyanure de fer, 0gr,02, matin et soir). — Du 20 au 25, pas de convulsions. — 26, pendant la journée, à diverses reprises, perte de connaissance, mouvements désordonnés des membres, convulsions. — Du 27 avril au 4 mai, quelques légères attaques; la marche est vacillante. — 5 mai. Depuis ce matin, pâleur plus grande de la face, cris plaintifs aigus, sans que le malade accuse un point douloureux quelconque, pas même de céphalalgie; peau froide, pouls petit, lent, 56; point de perte de connaissance, pupilles peu dilatées, ongles violacés; évacuation des urines involontaire, évacuations alvines soumises à la volonté. Par moment, trémoussements, contractions musculaires de la face et des membres, mouvements partiels des muscles du tronc, intelligence bien conservée, point de strabisme. (Frictions sur la tête rasée avec la pommade stibiée; infusion de valériane et cyanure de fer.) — 6 et 7, calme. — 8, pouls lent, 48; cris aigus quand on veut remuer le malade et surtout la tête; d'ailleurs, sensibilité à la peau très émoussée; affaissement, résolution des membres, surtout au côté droit. Le soir, légère réaction, pouls 52, assez développé et même un peu dur. Face exprimant un profond abattement, yeux tristes, entr'ouverts, regardant ordinairement en bas; pupilles un peu resserrées, également des deux côtés, se contractant faiblement par l'action de la lumière; yeux un peu convergents, tête inclinée à

([1]) Matthey, *Mémoire sur l'Hydrocéphale*, p. 203.

droite, portant presque sur l'épaule. Tuméfaction des téguments de la tête et légère bouffissure de la paupière supérieure droite, par suite de l'action de la pommade stibiée; tout mouvement imprimé à la tête, même celui que le malade exécute pour montrer la langue, est suivi d'indices manifestes de souffrance. Le malade sort assez bien la langue; mais celle-ci est pressée entre les dents par l'impossibilité d'écarter suffisamment les mâchoires; action des muscles buccinateurs faible, les joues restant presque immobiles quand on dit au malade de souffler; les lèvres seules semblent se mouvoir; attitude immobile de tristesse et d'affaissement, mais non d'assoupissement véritable. De loin en loin, soupirs profonds, sans plainte ni cris; respiration généralement lente, régulière, prolongée et profonde. Résolution complète du bras droit, le gauche conserve la faculté de rester pendant quelques secondes soulevé; la résolution des membres inférieurs est à peu près aussi complète que celle du bras droit. La sensibilité paraît un peu mieux conservée dans tout le côté gauche que dans le droit; les facultés intellectuelles et sensoriales sont restées intactes; la parole est lente, les réponses ne sont obtenues qu'avec peine; le malade accuse alors une vive souffrance de la tête; langue blanche, exsudation blanchâtre au collet des dents et à la surface interne des lèvres, bouche béante. Évacuation de l'urine soumise à la volonté et peu abondante. (Calomel, 0,60). — 9 et 10, roideur comme tétanique de tout le corps, revenant par intervalles; souvent tête penchée du côté droit, pupilles dilatées, salivation, rétention d'urine (cathétérisme), rétention des matières fécales dans le gros intestin, pouls 100. (Lavements laxatifs réitérés.) — Le soir, chaleur, fréquence du pouls, enduit blanchâtre sur toute la cavité buccale. — 11 à 13, pouls fréquent et plein; résolution des membres, yeux mobiles, intellect conservé; urines volontairement rendues sans le secours de la sonde. — 14, paralysie du côté droit, mouvement conservé à gauche, intellect intact. Le malade ne se plaint d'aucune souffrance, pas même de la tête; pas de cris plaintifs. Suppuration abondante sur le cuir chevelu; pouls assez plein et peu fréquent, appétit. — 17, teinte érysipélateuse avec quelques pustules sur le côté droit de la face, du cou et du tronc, provenant peut-être des frictions trop largement faites avec la pommade stibiée. — 20, pouls calme, résolution moins complète des membres droits; quelques mouvements légers peuvent être exécutés par la main droite. Amélioration générale. — 21 au 26, le mieux semble se confirmer, la rougeur érysipélateuse a disparu, les évacuations sont devenues régulières, le pouls a été toujours calme. — 27, pouls fréquent. L'amélioration observée les jours précédents semble moins marquée; le membre supérieur droit est retombé dans une

résolution complète; constipation opiniâtre; des points de suppuration de la tête et du cou qui avaient paru cicatrisés se sont réouverts. — 5 juin, yeux couverts de chassie; bouche largement béante; de la salive s'écoule constamment par les commissures; lèvre inférieure tuméfiée, peau chaude, pouls non fréquent, quelques vomissements. — 7, résolution complète des membres droits, constipation très forte, amas de matières stercorales dures dans le gros intestin. Conservation des facultés intellectuelles, yeux couverts de chassie et d'exsudation purulente; sensibilité notablement diminuée au bras droit. — 24, légère amélioration, moins d'affaissement, réponses plus faciles. Quand on fait ouvrir la bouche pour observer la langue, les traits paraissent légèrement déviés du côté gauche, les gencives sont rouges, tuméfiées; l'exsudation blanchâtre qui les recouvrait a diminué, la salivation continue. — 25, amaigrissement de plus en plus prononcé; conservation de l'intellect. Pupilles non dilatées. Le parallélisme des yeux s'est maintenu. — 8 juillet, affaissement très grand, perte de la vue, ulcération de la cornée gauche, pupilles immobiles, persistance et intégrité parfaite de l'intelligence, peau chaude, pouls 92-96. — 12, consomption générale, résolution complète de tout le côté droit, selles et urines soumises à la volonté, pouls 84-92. Mort le 13.

Nécropsie. — Maigreur très grande, rigidité cadavérique. Diamètre antéro-postérieur de la tête, 32 centimètres; diamètre transverse, 30. Le cerveau présente une convexité très remarquable. L'hémisphère droit surtout laisse voir, après l'ouverture du crâne, la dure-mère comme soulevée par la substance cérébrale. Les vaisseaux de cette membrane sont très développés et injectés, les méninges ont une teinte rougeâtre; la substance cérébrale, divisée par tranches, se montre assez ferme du côté droit; mais, dans l'hémisphère gauche, vers les couches profondes avoisinant le corps strié, elle est très ramollie, un peu jaunâtre. Le ventricule droit est distendu par environ un demi-verre de sérosité; le ventricule gauche l'est beaucoup moins, et ne contient qu'environ une once de fluide; le septum lucidum est diffluent; à la surface inférieure du cerveau, sur le chiasma, se trouve une exsudation purulente qui s'étend vers la scissure de Sylvius, et qui se propage aussi de devant en arrière, le long de la ligne médiane. Cette exsudation se trouve dans l'épaisseur de la pie-mère. Il n'y a point de granulations. Le cervelet offre un peu moins de consistance qu'à l'ordinaire. Le mésocéphale, le bulbe et la moelle épinière ne présentent aucune altération. Il en est de même des organes thoraciques et abdominaux.

XXV[e] Obs. — Garçon, onze ans; depuis quinze jours, abattement, vomissements quotidiens, constipation. 29 juin, convulsions violen-

tes, vomissements, céphalalgie, pouls 60, perte de la vue; coma jusqu'au 30. Alors, évacuations alvines très abondantes provoquées par un purgatif, retour de la sensibilité; céphalalgie, pouls 120. Du 1er au 4 juillet, amélioration. 5, pouls 70, vomissements, céphalalgie intense, stupeur, état naturel des yeux. 6, coma, convulsions, pouls 120, 160; mains pressant le front et l'occiput. 7, mort. — Couche pseudo-membraneuse sur l'arachnoïde de la partie antérieure des hémisphères, de leur intervalle et de la base du cerveau; pie-mère enflammée sur les lobes postérieurs; surface de l'encéphale enflammée dans tous les points correspondants aux lésions des méninges. Pas d'épanchement dans les ventricules (1).

XXVIe Obs. — Fille, onze ans, constitution faible, maladive. Novembre, céphalalgie, vomissements bilieux, constipation, pâleur, collapsus, roideur des membres thoraciques, respiration irrégulière, exacerbations nocturnes, agitation, délire, cris aigus, sensibilité extrême des téguments, yeux dirigés en haut; pupilles dilatées, oscillantes; pouls très fréquent; intellect conservé, calme, puis grincements des dents; résolution des membres. Mort le dix-neuvième jour. — Méninges sèches, injectées à la convexité, épaissies, et avec infiltration séro-purulente à la base. Deux onces de sérosité dans les ventricules. Septum, voûte, commissure des couches optiques, et parois ventriculaires ramollies. Ramollissement et injection de la substance cérébrale, derrière le ventricule droit (2).

XXVIIe Obs. — Fille, onze ans et demi, pneumonie et entéro-colite chronique. Octobre, vomissement, céphalalgie, respiration irrégulière, collapsus, vive sensibilité de la peau, somnolence, fièvre intense, cris, pupilles très dilatées, surtout la droite; roideur des membres supérieurs. Mort le dixième jour. — Pus infiltré sur la partie moyenne de l'hémisphère droit, le long des vaisseaux. Cerveau injecté et ferme. Cinq onces de sérosité dans les ventricules. Septum, commissure des couches optiques, et piliers antérieurs ramollis, pointillés de rouge. Infiltration gélatineuse et purulente à la base, aux scissures de Sylvius, et au trou de Bichat; les méninges y sont épaisses, opaques, granulées. Poumons tuberculeux (3).

XXVIIIe Obs. — Garçon, douze ans, lymphatique. Novembre, céphalalgie sus-orbitaire. Janvier, douleur plus vive, inappétence, tristesse, amélioration par le repos et la campagne. Rentrée au lycée, retour des symptômes; face décomposée, pouls petit, serré; langue rouge et humide, peu de soif; inspiration profonde toutes les

(1) Abercrombie. *Maladies de l'Encéphale*, p. 69.
(2) Senn, *Méningite aiguë des enfants*, 11e obs., p. 65.
(3) *Idem, ibidem*, 10e obs., p. 59.

six minutes, par moments plaintive; main portée au front, yeux fixes. Quatrième jour, convulsions, roideur des membres, cris, expression de frayeur; pouls lent, objets vus doubles, réponses faciles, appétit. Douzième jour, convulsions, diplopie, œil droit plus ouvert que le gauche, qui reste fixe. Quatorzième, toux, déglutition difficile. Seizième, respiration stertoreuse, bruyante. Mort. — Sinus longitudinal plein de sang noir. Membranes injectées. Sang noir et coagulé entre les méninges. Sur le lobe antérieur droit, vaisseaux cérébraux pleins de sang. Quatre onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Cervelet dans un état d'inflammation assez avancé. Toute la masse cérébrale est d'un volume considérable. La substance corticale est malade à la partie antérieure, et sur plusieurs points [1].

XXIX° Obs. — Garçon, douze ans. Il dort au soleil la tête nue après un travail fatigant. Malaise rapidement augmenté. Troisième jour, 8 mai, cécité et surdité presque complètes, coma; parfois, gémissements; traits du visage abattus, strabisme, rapprochement spasmodique des paupières de l'œil droit, emprosthotonos; membres fléchis, résistant à l'extension, qui est douloureuse; pouls dur et serré. Mort le lendemain. — Injection considérable de la dure-mère et de la pie-mère crâniennes. Sinus gorgés de sang. Liquide séro-purulent abondant dans les anfractuosités de la substance corticale, surtout à droite, et à la base des lobes cérébraux, turgescence des vaisseaux de la substance blanche [2].

XXX° Obs. — Fille, treize ans, non réglée, parfaitement développée au physique et au moral. Ayant perdu son père, elle éprouve un très violent chagrin, que rien ne peut diminuer. Trois semaines après, en mars, poids et douleur à la partie antérieure de la tête, vomissement, diarrhée. Celle-ci arrêtée, la céphalalgie devient plus forte. Alors, affaiblissement général, engourdissement de l'intelligence, perte de la mémoire, ouïe obtuse, obscurcissement de la vue, taciturnité. Mort. — Cerveau plus dur qu'à l'ordinaire. Assez grande quantité d'eau dans les ventricules, dont les parois sont enflammées. La partie inférieure des couches optiques est dure, surtout à gauche, d'une couleur cendrée, et facile à séparer du reste de la substance médullaire. A la base du cerveau, infiltration jaunâtre, gélatinoso-purulente, enveloppant les nerfs optiques, les troisième et quatrième paires. Arachnoïde soulevée autour de la moelle allongée par beaucoup de sérosité [3].

(1) Caigné, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*. 1816, t. XXXVI, p. 1.
(2) Fr. Morotti, *Annali universali, etc.* (*Archives*, 1835, 2e série, t. VII, p. 374.)
(3) Palletta, *Exercitationes pathologicæ*. Mediolani, 1820, p. 163.

XXXIe Obs. — Fille, treize ans, scrofuleuse; abcès en voie de guérison. Février, céphalalgie frontale, conjonctivite, trouble de la vue, cris, délire, vomissement, fièvre, contraction des fléchisseurs du bras droit, paralysie du bras gauche, insensibilité, coma. Mort le sixième jour. — Couche purulente jaune sur les lobes antérieurs, dans les scissures de Sylvius, autour des nerfs optiques. Une once de sérosité trouble lactescente dans les ventricules, tapissés par une fausse membrane. Substance cérébrale centrale ramollie, injectée. Cervelet et protubérance fermes ([1]).

XXXIIe Obs. — Garçon, quatorze ans, chute de cheval, plaie sur l'arcade orbitaire droite; air de stupidité, masturbation, irascibilité. Cinq mois après la chute, accès convulsif, qui se répètent; pas de fièvre, bon appétit, mais pâleur et maigreur; intelligence obtuse, perte de l'usage de la parole; parfois, cris, évacuations souvent involontaires; pas de paralysie des membres, pupilles dilatées, rigidité du cou, coma. Mort au bout d'un mois. — Traces de fêlure du frontal et de la voûte orbitaire droite. Adhérence du lobe antérieur droit du cerveau à la voûte orbitaire, avec ramollissement diffluent. Distension des ventricules par beaucoup de liquide trouble, opaque; leurs parois sont ramollies et tapissées de fausses membranes molles et minces. Fausses membranes épaisses, résistantes sur les méninges de la base, se prolongeant jusque sur le cervelet et la moelle allongée ([2]).

XXXIIIe Obs. — Élisabeth Roche, âgée de quatorze ans, est un de ces enfants, au service des bateleurs des rues, qui dansent, font des cabrioles, se tiennent debout la tête en bas, et ensuite tendent la main pour obtenir quelques sous; c'est à dire qu'elle est exposée aux intempéries de l'air et probablement à toutes sortes d'avanies. Native de la Savoie, elle arrive de Toulouse et est depuis peu à Bordeaux. Assez grande pour son âge, elle est d'une constitution sèche, sa peau est brune, ses cheveux sont châtains; elle n'est pas menstruée. Depuis le commencement de janvier, elle ne travaille qu'avec peine, se plaignant de maux de tête, de vertiges, d'éblouissements; elle avait aussi des douleurs au ventre. Ces symptômes deviennent de plus en plus intenses, et Élisabeth Roche entre à l'hôpital Saint-André, le 5 février 1843, offrant l'état suivant :

Face colorée, yeux un peu rouges, peau assez chaude, pouls fréquent, 72; céphalalgie intense, vertiges, éblouissements, pupilles resserrées, langue blanche au centre, rouge sur les bords; ventre indolent, selles rares; point de toux. (12 sangsues à l'anus; tisane;

([1]) Charpentier, *Hydrocéphale aigu ou méningo-céphalite des enfants*, 15e obs., p. 175.
([2]) Dance, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 30.

pédiluves sinapisés; lavement émollient.) 6, une selle liquide très abondante; point de douleur au ventre. Le soir, pouls plein et fréquent, céphalalgie continue.

7, même état. (4 sangsues derrière les oreilles; tisane d'orge; sinapismes aux pieds.) 8, assoupissement; quand on veut réveiller cette malade et l'examiner, elle cherche à se couvrir avec ses draps; parfois, cris plaintifs; pouls fréquent, surtout le soir.

9, assoupissement; par moments, agitation, mouvements désordonnés des membres. (2 ventouses scarifiées à la nuque; vésicatoires aux jambes; chiendent nitré; calomel, 0,60.) Le soir, évacuations nombreuses.

10, encore trois évacuations alvines liquides; moins d'assoupissement, pupilles dilatées, pouls presque normal. Le soir, pouls fréquent, yeux fermés, céphalalgie, ventre non douloureux. 11, le moindre mouvement imprimé à la tête détermine des cris, pupilles dilatées, pouls peu fréquent.

12, évacuations involontaires et liquides, pommettes colorées, pouls 80, yeux fermés, pupilles dilatées; douleurs de tête exaspérées par les moindres mouvements. (3 sangsues sur chaque apophyse mastoïde; compresses imbibées d'eau froide sur la tête.)

13, assoupissement, tendance de la malade à s'enfoncer et à se blottir dans le lit; un peu de toux, pommettes colorées, pupilles dilatées; un mouvement quelconque provoque des cris; pouls fréquent, (Tisane d'orge; lavement émollient; vésicatoire à la nuque; réfrigérants sur la tête.) Le soir, assoupissement, décubitus latéral, face rouge, pupilles dilatées, pouls fréquent. 14, cris aigus, une selle normale, langue couverte d'un enduit blanc, intellect et ouïe obtus, pouls 90. (Eschare avec la poudre de Vienne sur le sommet du crâne.) 15, moins d'assoupissement; la malade a prononcé quelques mots; langue rouge, pouls 120, point de diarrhée, décubitus sur le côté droit. (Vésicatoire sur le crâne.) 16, rêvasseries, yeux à demi-ouverts, moins d'assoupissement, langue rouge, urines rendues volontairement; elles paraissent normales. 17, décubitus sur le côté gauche; les moindres mouvements sont très pénibles; pouls très fréquent, mou, faible; urines involontaires, peu de céphalalgie, pupilles dilatées, surtout la gauche; urines et évacuations alvines involontaires.

18, légère somnolence; la malade ne peut tirer la langue; pupilles dilatées, toux, urines involontaires, selles assez solides, ventre tendu, non saillant, un peu douloureux. (Cataplasmes sur le ventre; tisane d'orge, lait, bouillon.)

19, paupières supérieures appesanties; la malade ne peut montrer sa langue; enduit brun sur les dents et les lèvres; pouls très petit.

(Potion avec extrait mou de quinquina, 2,00.) Le soir, pouls tout à fait imperceptible, extrémités froides, sentiment complètement aboli. Mort à cinq heures.

Nécropsie. — Roideur cadavérique. Marasme au dernier degré.

Crâne allongé, assez étroit, os minces. L'ouverture de la boîte osseuse ne donne issue ni à du sang, ni à de la sérosité. On remarque à la face interne de la voûte, à droite de la suture pariétale et un peu en arrière, une dépression assez marquée correspondant à une veine variqueuse, allant se jeter dans le sinus longitudinal supérieur. Le réseau veineux tout entier de la pie-mère est très développé, variqueux, gorgé de sang. La substance cérébrale est assez dense et offre un pointillé rouge très prononcé. Les ventricules latéraux sont dilatés; ils contiennent une sérosité limpide, dont la quantité peut être évaluée à 30 grammes au plus. Le septum lucidum est à l'état normal, ainsi que la voûte dans toute sa partie antérieure; mais en arrière elle est ramollie et se réduit facilement en bouillie. Le troisième ventricule est dilaté et contient un liquide séreux. Les corps striés et les couches optiques n'offrent rien de particulier. A la base du cerveau, on remarque plus de rougeur que dans les autres parties. L'arachnoïde y est notablement épaissie, opaque; elle recouvre une couche de pus concreté, membraniforme, entourant surtout le chiasma des nerfs optiques. La substance cérébrale voisine est rougeâtre, ramollie et se déchire très facilement. Il n'y a point de granulations dans les méninges.

Les poumons très développés, emphysémateux, contiennent des granulations à divers degrés de consistance. Quelques-unes, plus volumineuses, renferment une gouttelette de pus.

Le cœur est petit et sain; seulement, il y a un léger épaississement des parois du ventricule gauche.

L'estomac offre une vascularité très prononcée, surtout vers sa petite courbure; sa muqueuse n'est point épaissie; six ascarides lombricoïdes assez volumineux et encore vivants y sont contenus. La muqueuse intestinale est très injectée dans tout le trajet de l'iléon, et, vers la fin de cet intestin, il existe quelques ulcérations, mais peu étendues. La valvule iléo-cœcale est saine; il y a seulement de la rougeur. Le cœcum en est entièrement dépourvu.

Foie, rate, reins à l'état normal.

Résumé des faits relatifs à la méningo-encéphalite aiguë des enfants.

I. Ces faits sont au nombre de 33. Il en est deux à l'égard desquels le *sexe* n'est pas indiqué. Quant aux autres,

le nombre des filles l'a emporté : il a été de 19, et celui des garçons n'a été que de 12.

II. L'*âge* des sujets est désigné par le titre même de l'espèce; mais il est nécessaire de faire remarquer que ce n'est pas une maladie spéciale, soit de la première, soit de la seconde enfance. Les plus jeunes sujets avaient, l'un cinq mois, l'autre onze mois. Puis on en compte 13 ayant d'un à cinq ans, 9 de six à dix ans, et 9 de onze à quatorze ans.

III. Plusieurs enfants étaient doués d'une assez forte *constitution;* d'autres étaient faibles et lymphatiques; quelques-uns avaient la tête volumineuse, le ventre gros et un appétit vorace (VIII, IX, X, XVI).

IV. Diverses *maladies* avaient eu lieu antérieurement. C'étaient des affections des voies digestives ou des voies respiratoires (gastrite, colite, pneumonie, coqueluche, etc.), des exanthèmes aigus (scarlatine, rougeole, variole, éruption d'abcès, ou chroniques (teigne, eczéma du cuir chevelu). Ces états morbides n'avaient pas été probablement sans influence sur la production de la méningo-encéphalite.

V. Parmi les *causes* directes de cette maladie, on peut signaler d'anciennes chutes sur la tête (XXXII), l'exposition de cette partie à l'ardeur du soleil (V, XXIX), ou à l'impression de l'air froid et humide, le sujet ayant chaud (XIII), ou aux vicissitudes atmosphériques (XVI).

En faisant le relevé des mois pendant lesquels la maladie a commencé, on remarque que ce sont, en effet, ceux où les alternatives de chaud et de froid sont les plus communes.

Janvier	2	Juin	3
Février	2	Juillet	3
Mars	1	Octobre	3
Avril	3	Novembre	5
Mai	4		

Les mois de novembre et de mai l'emportent sur les autres. C'est donc l'entrée de l'été et l'entrée de l'hiver qui ont offert le plus de cas.

On a encore noté comme causes de la maladie les excès d'aliments (VIII), un chagrin très vif (XXX), la fatigue, la misère (XXXIII), la masturbation (XXI, XXXII).

VI. Assez souvent, il a existé des *prodromes*. C'était un état de tristesse, de nonchalance, de pesanteur, de faiblesse, d'assoupissement. Il y a eu quelquefois des mouvements convulsifs, des maux de tête, de l'inappétence, des nausées.

VII. L'*invasion* a été plusieurs fois marquée par une fièvre forte, par des convulsions, par la perte de connaissance, par une céphalalgie très intense et subite, par des vomissements.

VIII. La maladie déclarée a offert les *symptômes* suivants :

Une *céphalalgie* plus ou moins intense occupant tout le crâne ; souvent le front ou une région pariétale ou temporale, ou l'occiput. Ce symptôme a été assez prononcé chez 20 sujets. Les plus jeunes n'ont pu l'exprimer ; quelquefois, il a été rendu manifeste par la tendance à porter les mains à la tête, à presser le front ou les tempes (X, XXV, XXVIII). La douleur de tête a été nulle chez quelques sujets, ou elle n'a eu lieu que passagèrement dans le cours de la maladie (XXIV), ou elle ne consistait qu'en un sentiment de pesanteur ou de tension (XIII).

Des cris, des plaintes ont souvent annoncé un état de souffrance profonde ; ils étaient provoqués par les mouvements imprimés à la tête, au cou (XXXIII) ; parfois, les jeunes malades ne pouvaient désigner aucun point spécialement douloureux.

L'*intelligence* s'est plusieurs fois maintenue au milieu des orages de l'état morbide. Le *délire* n'a été que léger ou passager, et encore n'a-t-il été noté que huit fois. La parole a été lente, rare ou brusque, par moments difficile. Elle a été embarrassée, hésitante (VIII, XVIII, XIX).

Quelquefois, les malades ont perdu connaissance ; mais ce symptôme n'était pas de longue durée.

Sept fois il y a eu de l'*agitation ;* deux fois une *insomnie*

prolongée; mais, chez 19 malades, un *assoupissement* plus ou moins grand, et même du *coma*.

On a remarqué, dans quelques cas, de l'abattement, de la *stupeur*, un état obtus de l'intellect et des sens. La vue a été trouble, l'ouïe dure; mais ce n'est que dans un petit nombre de cas.

Les *yeux* ont été fixes, ou agités et roulants, ou tournés en haut, ou dirigés en bas, ce qui est plus rare (XXIV). Chez un malade, on a constaté la *diplopie* (XXVIII); chez quatre, un *strabisme* généralement peu prononcé.

Les *pupilles* ont été dilatées 17 fois, contractées 6 fois. Sur ce nombre, il y a eu successivement contraction, puis dilatation, et parfois la dilatation était inégale aux deux yeux. On a vu quelquefois l'oscillation des pupilles ou l'insensibilité aux divers degrés de lumière.

Les *convulsions* ont été un phénomène assez fréquent de la méningo-encéphalite aiguë des enfants, non seulement au début, mais aussi dans le cours de la maladie. Elles sont signalées chez 17 sujets comme ayant affecté les membres; souvent les membres supérieurs principalement ou ceux d'un côté; de plus, il y a eu cinq ou six fois des mouvements convulsifs partiels de la face, des paupières, des lèvres, d'un membre; souvent, des grincements de dents, des soubresauts de tendons, un mouvement de rotation de la tête.

D'autres fois, c'était un spasme tonique, affectant surtout les mâchoires, sorte de *trismus* peu prolongé (9 fois), ou la *roideur* du tronc (XV, XVI, XXIX, XXXI), du cou (XXI, XXII), des membres supérieurs (XXVI, XXVII), d'un seul (IX) ou des quatre membres (XXIV, XXVIII); mais ces phénomènes tétaniques n'étaient pas soutenus.

La *paralysie* a été un phénomène moins fréquent. L'hémiplégie a eu lieu quelquefois du côté droit (III, VI, VIII, XXIII, XXIV); plus rarement du gauche (VII, XV, XIX).

Il y a eu parfois *contracture* des membres paralysés (VII, VIII, XV), ou contracture sans paralysie (IV, IX), ou contrac-

ture d'un côté et résolution de l'autre (XVI, XXXI). Ces phénomènes étaient surtout présentés par les membres supérieurs ou la résolution pouvait exister dans le membre supérieur d'un côté et la roideur dans le membre inférieur du même côté (XV); enfin, la résolution s'est emparée des deux membres inférieurs (XXIV), et elle est bientôt devenue générale (XXVI).

La *sensibilité* n'a rien offert de constant. Maintenue au type normal dans quelques cas (VII, XIV), elle s'en est écartée dans plusieurs autres; elle a été exagérée; il y a eu hyperesthésie (XXVI, XXVII, XXXIII); plus souvent, elle a été obtuse (XXIV), surtout d'un côté du corps, ou le sentiment a même paru tout à fait éteint (II, III, XIII, XXIII, XXXI); mais l'insensibilité offerte aux excitants externes agissant sur la peau, n'excluait pas le sentiment de la douleur provoqué de quelque autre façon. Ainsi, les malades que j'ai observés, qui paraissaient à peu près insensibles quand on piquait ou qu'on pinçait la peau, poussaient des cris aigus dès qu'on remuait un membre, et surtout qu'on déplaçait la tête.

Le *pouls* a semblé quelquefois naturel, plus souvent il a été modifié, parfois lent, ordinairement fréquent, ou dans quelques cas, lent d'abord, fréquent ensuite. Il a été souvent irrégulier. Un observateur l'a trouvé tremblotant (V). La fièvre a plusieurs fois présenté une intensité très prononcée (XIV, XVI, XXVII, XXIX, XXXIII), comme dans les maladies décidément inflammatoires. Le sang s'est aussi montré couenneux (XVI).

La *respiration* a été très souvent inégale, rarement lente, plus ordinairement accélérée, courte, suspirieuse, luctueuse, stertoreuse.

Le *vomissement* a eu lieu chez 19 sujets, soit au début, soit dans le cours de la maladie. L'appétit a été conservé ou nul, la soif légère ou vive, la déglutition parfois gênée ou presque impossible dans les derniers jours. La constipation a eu lieu assez fréquemment.

Les évacuations alvines et urinaires ont souvent été involontaires. Il y a eu aussi rétention d'urine. Ce liquide a montré des apparences diverses; tantôt il était clair, ténu, tantôt épais, blanchâtre, et généralement peu copieux.

Il y a eu souvent des sueurs abondantes. La peau a présenté des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses. On y a produit par la pression, la tache méningitique ou cérébrale, indiquée et décrite précédemment. La peau était en général pâle, souvent froide, ou elle présentait des alternatives de froid et de chaleur.

IX. La méningo-encéphalite aiguë des enfants n'a pas eu une *marche* constante. Quelquefois, il a été possible d'y remarquer des espèces de stades ou de périodes, soit de concentration des forces, et de réaction ou d'expansion; soit de spasme, puis de résolution; mais ces alternatives n'ont été ni assez régulières, ni assez fréquemment constatées pour servir de type à une description générale.

On a aussi observé, dans le cours de la maladie, des rémittences suivies d'exacerbations, et même quelquefois, des améliorations très prononcées, et persistant pendant plusieurs jours, au point de faire croire à une convalescence prochaine (VIII, XXIV, XXV). Alors la connaissance revenait avec la parole, les évacuations qui avaient eu lieu sans conscience rentraient sous l'empire de la volonté; les membres reprenaient leur mobilité, mais bientôt sans imprudence ou par quelque oubli des règles imposées, par un excès d'alimentation (VIII), les symptômes reparaissaient avec intensité. La perte des sens, de l'intelligence, du mouvement, faisaient présager la funeste issue de la maladie.

X. La *durée* de la méningo-encéphalite aiguë des enfants, a été plusieurs fois assez courte, de trente-huit heures (IX), de trois (XV), quatre (XXIX), cinq (I, V, XXI), et six (VI, XVI, XXIII, XXXI) jours.

D'autres fois, elle a été de huit (XXV), neuf (X), ou dix (XII, XXVII), douze (XI), quatorze (XXXIII), quinze (XX), seize (II, XXVIII), dix-huit (XIX), dix-neuf (XXVI) jours.

Enfin, la maladie ne s'est terminée chez différents sujets que le vingt-deuxième (III), le vingt-quatrième (XIV), le vingt-septième (VIII), le trentième (XXXII), le trente-troisième (VII), le quarante-huitième (XIII) jour. Chez un des sujets dont j'ai donné l'histoire, la mort n'a eu lieu qu'au bout de trois mois, par suite de la longue suspension des accidents, et de la remarquable amélioration qui avait partagé le cours de la maladie en phases distinctes (XXIV).

Mais dans le rapprochement qui précède, on voit un décroissement rapide du nombre des cas, en raison de la durée. Ainsi, 9 cas se sont terminés dans le premier septenaire. 6 dans le second, 5 dans le troisième, 3 dans le quatrième, et 2 dans le cinquième.

XI. Les recherches d'*anatomie pathologique* ont montré la réunion des altérations de la méningite et de l'encéphalite. Comme dans ces maladies, les vaisseaux de la tête étaient en général pleins de sang, les sinus méningiens engorgés, avec des caillots.

On a vu les *méninges* très injectées, et épaissies, adhérentes en différents points; l'arachnoïde opaque, contenant dans sa cavité de la sérosité, ou une matière épaisse, une lymphe coagulable, ou des fausses membranes ayant déjà des rudiments d'organisation (IV, XXI). Sous l'arachnoïde et dans le tissu de la pie-mère, s'est trouvé de la sérosité infiltrée, ou une matière coagulée et membraniforme (X, XVIII, XIX, XXV), ou même du sang (VII, XXVIII), et plus souvent du pus ou un fluide séro-purulent. Cette production de pus a été évidente seize fois. Ce fluide, souvent épais et concret, était uniformément répandu; d'autres fois, il suivait les vaisseaux et les anfractuosités dans la profondeur desquelles il pénétrait.

Le cerveau s'est montré volumineux, turgescent, tuméfié, plus saillant à un hémisphère qu'à l'autre.

La *substance corticale* a présenté dans 16 cas, des traces évidentes d'inflammation. Elle était rouge, ou d'un gris rougeâtre, ou même brunâtre, ramollie, et en une sorte de

putrilage; mais d'autres fois ferme, ou même indurée, et rouge (XVIII, XXII, XXXIII); une fois, elle était parsemée de petits foyers purulents (II).

La *substance médullaire* a paru lésée chez un certain nombre de sujets. Le centre d'un ou deux lobes, était ramolli, aréolaire, en bouillie rougeâtre, ou en suppuration (III, IV, VI, VII, VIII, XIV, XXIII, XXIV). Les lobes antérieurs et moyens, ont été le plus fréquemment affectés. Le ramollissement a quelquefois atteint surtout les parties centrales du cerveau (XV, XVII, XXI, XXVI, XXVII). Les parois ventriculaires ont été enflammées; ramollies (I, VII, XXX), ou tapissées par une fausse membrane épaisse (VII, XXXI, XXXII), ou couvertes de pus (I). Les ventricules ont contenu de la sérosité vingt fois. Cette sérosité était généralement limpide, quelquefois trouble, et chez quelques sujets, plus abondante dans l'un des ventricules latéraux que dans l'autre, et il faut remarquer que le côté où il y en avait le plus, n'était pas toujours celui qui présentait l'altération la plus prononcée de la substance cérébrale (XXIV). Chez deux sujets, il n'y avait de liquide que dans un ventricule (VIII, X), et dans 7 cas, les cavités ventriculaires ne contenaient aucun liquide. Un jeune sujet a offert une inflammation très prononcée du cervelet (XXVIII).

2e SECTION. — MÉNINGO-ENCÉPHALITE AIGUE DES ADULTES.

Cette maladie n'a généralement été étudiée que sur des groupes de faits plus ou moins restreints. Beau a voulu la désigner sous le nom de *paralysie générale aiguë*. Cette expression n'en donne qu'une idée relative et imparfaite. Si l'on pose cette étude sur une base plus large, c'est à dire sur l'ensemble des faits qui doivent en fournir les éléments, on ne tarde pas à reconnaître des formes et des modes pathologiques divers, qu'il importe de distinguer afin d'assurer au diagnostic une plus rigoureuse exactitude. Les observations qui vont être analysées, ont pour trait commun,

la coïncidence, chez des adultes, d'une phlegmasie aiguë dans les méninges et dans l'encéphale. Mais cette phlegmasie offre des degrés et des différences qui serviront à établir plusieurs groupes.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Méningo-encéphalite aiguë des adultes, avec rougeur, quelquefois tuméfaction, et sans altération de consistance de la substance encéphalique.*

XXXIVe OBS. — Homme, vingt-sept ans, flamand, fort, mais lymphatique; il vient de moissonner dans la Brie. Depuis six jours, douleurs de tête, du ventre, des lombes. 16 août, prostration, face terreuse, narines pulvérulentes, langue et peau sèches, selles liquides, bilieuses, abondantes, mêlées de quelques stries de sang; abdomen rétracté; ni taches rosées, ni pétéchies; pouls fréquent, pas de dyspnée, pas de troubles de la motilité. 18, langue oubliée entre les dents, pouls 112, petit; pupilles contractées, yeux ternes. Mort le 19. — Adhérences des méninges à la convexité du cerveau des deux côtés par points isolés. En ces points, noyaux blanchâtres du volume d'une lentille. Deux tâches opaques, granulées et inégales, fortement unies à la dure-mère. Épaississement et opacité des méninges sur une grande étendue de la convexité des hémisphères. Ces altérations sont, d'après M. Barth, des vestiges de précédentes méningites. Les lésions récentes sont les suivantes : A la face interne de la dure-mère, une vascularisation très fine, très riche, surtout à gauche; arachnoïde et pie-mère très injectées, entraînant, quand on les sépare de la substance corticale, une multitude de vaisseaux très fins; cette substance a une teinte lilas, qu'on retrouve dans les corps striés, la protubérance et les tubercules quadrijumeaux; de plus, dans la substance grise des circonvolutions, on voit une foule de petits points rouges. Pas de ramollissement, pas d'accumulation de sérosité sous l'arachnoïde ni dans les ventricules. Rate volumineuse. Muqueuse du colon descendant et du rectum rouge, boursoufflée, avec de petits points blancs et quelques ulcérations (1).

XXXVe OBS. — Homme, trente ans, brun, forte constitution. 2 octobre, céphalalgie, frissons, douleurs abdominales, vomissements, diarrhée. 16, prostration, visage étonné, injecté; langue rouge, sèche; soif, anorexie, nausées, peau chaude et sèche, pouls fréquent, développé, souple; toux, crachats muqueux; sans autres

(1) Barth, *Bulletin de la Société anatomique*, 1853, p. 334. — et Trastour, *Union médicale*, 1854, p. 483.

symptômes thoraciques. 17, 18, fièvre intense, décubitus en supination. 19, oppression, sorte de matière pulvérulente à l'entrée des narines. 20, grincements des dents, ballonnement du ventre. 24, tremblement des membres. 25, parole mal articulée, secousses dans les tendons, flexion spasmodique des avant-bras, qui résistent à l'extension. 26, mouvements convulsifs, selles involontaires, réponses par monosyllabes inintelligibles, délire frénétique, œil farouche, injecté, sourcils froncés, visage effrayant, bras fléchis, tremblants, soubresauts des tendons. 27, tremblement général, carphologie, serrement des mâchoires, convulsions de la face, sueur générale abondante, agonie convulsive. Mort. — Rougeur de la dure-mère aux régions temporales. Arachnoïde et pie-mère injectées, surtout à la base du cervelet et autour du mésocéphale. Pie-mère des anfractuosités comme infiltrée de sang. Très peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules et à la base. Substance cérébrale d'une consistance plus grande qu'à l'état normal et d'une teinte rosée, avec suintement de gouttelettes sanguines nombreuses à la surface des incisions. Rougeur marquée dans les corps striés, les couches optiques, le cervelet. Gastro-entérite intense (1).

XXXVI° Obs. — Homme de bureau, trente-six ans. 2 octobre, accès d'épilepsie. 4, intellect libre, sensibilité normale. 5, délire furieux. 6, délire monomaniaque; le malade se croit empoisonné; refus de prendre quoi que ce soit. Mort le soir. — Arachnoïde de la convexité et de la région inférieure du lobe antérieur opaque et épaissie. Tissu subjacent infiltré de sérosité. Arachnoïde également épaissie et opaque sur le cervelet. Pie-mère très injectée. Cerveau peu consistant. Superficie des circonvolutions rosée et offrant une multitude de points rouges que les lotions ne peuvent faire disparaître. Rougeur plus marquée en certaines parties. Protubérance très injectée. Membrane interne du cœur et de l'aorte d'un rouge foncé. Muqueuse gastrique un peu ramollie, rougeâtre. Duodenum rosé (2).

XXXVII° Obs. — Homme, trente-sept ans, robuste, haute taille; il y a un an, soucis d'affaires, tristesse. 13 janvier, gaieté, face épanouie, œil brillant, loquacité, projets extraordinaires, insomnie, agitation. 17, cris, délire violent, pupilles dilatées, yeux hagards, traits pâles et défaits, peau couverte d'une sueur visqueuse, respiration haletante, pouls très développé, 115; bouche sèche, langue sale au milieu et rouge sur les bords, propos incohérents, voix altérée, prononciation embarrassée. 20, perte subite de connais-

(1) Bouillaud, *Archives*, 1825, t. VIII, p. 478.

(2) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. IV, p. 66.

sance, convulsions des muscles de la face, soubresauts dans les membres, fièvre intense, constipation, urines rares. 21, un peu de calme. 22, agitation, vociférations. 23, accès épileptiforme, assoupissement. 24, alternatives de délire et d'accablement, constipation, rétention d'urine, prostration, carphologie, soubresauts musculaires, pouls petit, sueur froide, résolution complète. Mort. — Large ecchymose sous-épicrânienne. Sinus et vaisseaux de la dure-mère turgescents. Un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Pie-mère très injectée, épaissie, infiltrée, avec produits fibrineux le long des vaisseaux. Sa face profonde semble happer au tissu cérébral; elle est comme hérissée par les petits vaisseaux qui l'unissent à la substance corticale et lui donnent un aspect tomenteux; elle adhère plus étroitement à quelques circonvolutions de la convexité et le long des nerfs olfactifs. Masse encéphalique lourde, volumineuse. Circonvolutions épaissies, turgescentes, comme boursouflées, tassées. Substance corticale, corps striés, cornes d'Ammon d'une teinte violacée intense. Substance blanche abreuvée de sang, sablé abondant. Arachnoïde ventriculaire couverte d'une sorte d'éruption miliaire qui lui donne l'aspect chagriné. Stries grises de la protubérance et des pédoncules hyperémiées. Cervelet et ses membranes très injectés. Au microscope, on trouve partout des capillaires turgescents, des globules épanchés, et dans la substance grise des granules moléculaires et des corpuscules granuleux muriformes (1).

XXXVIIIe Obs. — Postillon, trente-neuf ans, constitution athlétique, sujet aux épistaxis. 12 mars, malaise, lassitude. 13, céphalalgie, yeux injectés, peau sèche et brûlante, selles abondantes, fétides. 14, bégaiement, réponses presque nulles. 15, délire, yeux fixes et brillants, face colorée, langue rouge, sèche, rugueuse, montrée difficilement, ventre douloureux. 18, somnolence, réponses par signes, puis par quelques paroles, pouls petit et fréquent, selles involontaires, roideur du cou, tête portée en arrière. 19, perte de la parole, soubresauts des tendons, coma, rigidité du tronc. Mort le 21. — Méninges dans toute leur étendue rouges, injectées, faciles à déchirer. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Substance corticale de la convexité des hémisphères très consistante, fortement injectée, parsemée à la section de nombreuses gouttelettes de sang. Pas d'autre altération de l'encéphale, ni de la moelle. Pleuropneumonie, etc. (2).

XXXIXe Obs. — Homme, quarante ans, cécité croissante depuis

(1) Linas, Thèses de Paris, 1857, n° 193, p. 41. *Annales médico-psychol.*, 1857, p. 41. — Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 110.

(2) Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, p. 110.

quelques années; ennui, constipation. Février, accès de défaillance par congestion cérébrale; puis délire avec alternatives de craintes ou de fureur, tremblements des bras, parole embarrassée, progression mal assurée, affaiblissement de tout le système musculaire. Mort le quinzième jour. — Pie-mère injectée, infiltrée de sang et de sérosité, adhérant au cerveau en quelques points. Circonvolutions d'un gris-rougeâtre à l'extérieur et de couleur rosée dans leur épaisseur; en quelques points, semblable à la chair crue (1).

XLe Obs. — Homme, quarante-quatre ans, forte constitution, fatigues excessives de la moisson et privation de nourriture suffisante. 16 août, depuis six jours, céphalalgie, fièvre, dévoiement, faiblesse, station debout impossible, évacuations involontaires de matières bilieuses, jaunes, liquides. Agitation, délire. 17, état de profonde adynamie, immobilité, décubitus dorsal; face terreuse, pommettes injectées, narines pulvérulentes, visions étranges, idées effrayantes, mots inintelligibles, phrases sans suite. Œil égaré, mais ni grands mouvements, ni cris, ni plaintes. Sensibilité de la peau conservée, peut-être exagérée; ni paralysie ni contracture. Peau chaude, pouls 120, petit; lèvres portant des traces d'herpès desséché. Langue sèche, brune; ventre plat. Pas de taches rosées ni de pétéchies. Respiration large, facile. Somnolence; rate tuméfiée. 18, coma, résolution, insensibilité des membres, pupilles très contractées. Mort. — Pas de signes de putréfaction rapide, très peu de liquide sous-arachnoïdien. Injection fine et rougeur des méninges, que n'effacent ni le lavage ni le frottement. Couleur lilas de la substance grise; coloration naturelle de la substance blanche; pas de ramollissement. Peu de liquide dans les ventricules; moelle saine; poumons dans un état normal. Dans les oreillettes du cœur, caillots noirs; sang liquide dans les ventricules. Point d'engorgement des plaques de Peyer ni des ganglions mésentériques; rate volumineuse, ramollie, pleine de sang noir et épais. Vaissie distendue par beaucoup d'urine (2).

XLIe Obs. — Architecte, cinquante-huit ans, bonne santé. 22 avril, exaltation, pétulance des mouvements, incohérence des idées. 29, délire violent, désordre des mouvements, des propos; altération des traits, sécheresse de la bouche, gêne de la prononciation. Pouls plein, 110. 30, même état, insomnie, refus d'aliments, constipation, faiblesse des jambes, urines rares et jumenteuses. 1er mai, alternatives d'agitation et de somnolence; tressaillements musculaires fréquents, presque continuels à la face; tremblement des mains.

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 194.

(2) Barth, *Bulletin de la Société anatomique*, 1853, p. 333, — et Trastour, *Union médicale*, 1854, p. 482.

2, accès épileptiformes répétés, coma. Mort. — Masse cérébrale volumineuse, sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Vaisseaux de la pie-mère très injectés; traînées lactescentes le long des plus gros vaisseaux; tissu de cette membrane rouge lie de vin; sa face inférieure est tomenteuse et happe à la substance corticale. Circonvolutions volumineuses, anfractuosités effacées. Teinte mauve de la substance corticale et des corps striés. Imbibition sanguine de la substance blanche centrale. Élevures miliaires de l'arachnoïde ventriculaire. Même hyperémie dans le cervelet ([1]).

DEUXIÈME SÉRIE. — *Méningo-encéphalite aiguë des adultes, avec ramollissement de la substance encéphalique.*

XLIIe OBS. — Fille, quinze ans, réglée à treize ans irrégulièrement; contrariétés, colère, délire, air de stupidité, attaques hystériques. Rétablissement du flux menstruel, guérison. Un an après, accès de délire violent, sans suppression des menstrues. On découvre un chancre à une grande lèvre et un écoulement syphilitique. Crachats sanguinolents, probablement par suite de vociférations incessantes. Cette fille, attachée sur son lit, en se débattant, enlace son cou dans des liens qui l'étreignent et la suffoquent; elle est asphyxiée avant qu'on ne s'aperçoive de l'accident. — Congestion considérable des téguments de la tête, des parois du crâne, des vaisseaux encéphaliques. Arachnoïde épaisse et blanchâtre sur les parties antérieure et supérieure du cerveau, mince et jaunâtre et se déchirant sur les lobes postérieur et moyen gauches, lesquels, ramollis dans toute leur profondeur jusqu'au voisinage du ventricule, laissent couler une sorte de putrilage qui semblait contenu dans une cavité assez large pour loger un œuf de poule. Dans les autres régions, la substance corticale est injectée et d'un rouge vif, et la substance blanche friable, rosée et sablée de points rouges ([2]).

XLIII[e] OBS. — Fille, seize ans, non réglée, bonne d'enfant. En décembre, symptômes de fièvre typhoïde; céphalalgie occipitale, stupeur, pupilles dilatées, yeux errants sans regarder, réponses faciles et justes, pas de nausées, diarrhée, fièvre, haleine fétide, coucher en supination. Le treizième jour, perte de la parole, pâleur, immobilité des pupilles, la droite est plus dilatée; coma, hémiplégie et résolution du côté droit, qui n'est pas entièrement insensible; hoquet, évacuations involontaires, déviation de la bouche

([1]) Linas, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1857, nº 193, p. 43.

([2]) Lalesque, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. IV, p. 270. *Journal de Médecine de Bordeaux*, t. V, p. 396.

à gauche, rigidité du bras gauche, intelligence non entièrement abolie, efforts pour parler, cris fréquents, affaiblissement successif, eschare au sacrum. Mort le trente-deuxième jour. — Sur la surface du lobe moyen gauche, l'arachnoïde est rouge par plaques irrégulières, et facile à déchirer. Léger ramollissement superficiel de la couche corticale; tout le centre de l'hémisphère gauche est ramolli, diffluent, blanc-grisâtre, parsemé d'une multitude de points rouge-brique. Épanchement pleurétique à gauche [1].

XLIVe Obs. — Homme, dix-sept ans. Février, fièvre continue, céphalalgie, langue blanche, humide, rouge à la pointe et sur les bords. Soif, ventre souple et indolent, constipation. Sixième jour, air distrait, pas de réponse aux questions. Septième, stupeur, pupilles dilatées; pouls petit et fréquent, peau chaude. Dixième jour, agitation, loquacité. Onzième, retour de la stupeur, dilatation extrême des pupilles. Vive exaltation de la sensibilité cutanée, surtout aux parois thoraciques et abdominales. Mort la nuit suivante. — Veines encéphaliques engorgées, pie-mère très injectée sur les lobes antérieurs. Teinte rosée avec léger ramollissement de la substance corticale sous-jacente. Granulations dans les poumons. Une tache rouge dans l'estomac. Follicules de l'intestin grêle développés [2].

XLVe Obs. — Homme, dix-huit ans; émotions morales. 17 juin, céphalalgie, frisson, douleur dans les membres, fièvre. Huitième jour, langue noirâtre, dents sèches, yeux fixes, délire, soubresauts des tendons, pouls fréquent, dépressible; épigastre douloureux, ventre tendu. Neuvième jour, pupille droite dilatée, paupières abaissées, ailes du nez agitées, mouvements spasmodiques des lèvres, cris, parole impossible, spasme dans le bras gauche, roideur dans le droit; diarrhée, selles involontaires. Dixième jour, coma, pouls très fréquent, les deux pupilles dilatées. Mort. — Sinus de la dure-mère gorgés de sang noir. Arachnoïde rouge et épaissie sur la périphérie du cerveau et du cervelet, et se détachant facilement. Pas de sérosité dans les ventricules. Substance cérébrale injectée, ramollie et rougeâtre à la superficie du lobe moyen gauche. Lobe gauche du cervelet ramolli dans sa circonférence antérieure et externe [3].

XLVIe Obs. — Boulanger, dix-neuf ans. 23 septembre, douleur de l'hypochondre droit, dévoiement, toux, céphalalgie. 27, cessation

[1] Gendrin, dans Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 193, note.
[2] Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 26.
[3] Parent-Duchâtelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 420.

de ces symptômes, sauf le dernier. Accès de fièvre quotidienne. 12 octobre, tendance au sommeil. 13, agitation, délire. 14, intellect normal, ainsi que l'appareil locomoteur et la sensibilité. Somnolence, lenteur morale, apyrexie. 16, réponses presque nulles, pupilles très peu dilatées, contractiles. 17, strabisme double, yeux couverts de mucosités, intelligence obtuse, tête portée en arrière, membres libres. 18, pupilles peu sensibles, la droite dilatée; fortes contractions du cœur. Face colorée, peau chaude. 19, pupilles dilatées également. 20, cessation du strabisme, diminution de l'assoupissement, réponses justes et faciles, sensibilité générale moins émoussée que les jours précédents, pouls très fréquent. 21, le malade s'éteint. — Rougeur avec plaques diffuses, comme ecchymotiques, sur la pie-mère de la convexité des hémisphères. Épaississement et opacité des méninges à la base du cerveau, avec infiltration sous-arachnoïdienne. Trois cuillerées de sérosité rougeâtre et transparente dans les ventricules. Corps calleux et voûte ramollis. Ramollissement étendu à près de deux pouces dans l'hémisphère droit; le cerveau y conserve sa couleur blanche. Dans le lobe antérieur droit se trouve, sur la limite des substances blanche et grise, une induration du volume d'une noisette, rouge dans son intérieur. Quelques traces de gastro-entérite [1].

XLVIIe OBS. — Fille, vingt ans; chlorose et aménorrhée depuis cinq mois. Leucorrhée abondante, faiblesse générale, flatuosités, palpitations de cœur, sensation du globe hystérique, constipation. Céphalalgie occipitale et sincipitale, constriction à la gorge, mouvements convulsifs de la face, marche facile. Treizième jour, accès convulsif, suivi de rigidité cataleptique des membres. Yeux fixes et sans expression, pupilles immobiles, insensibilité complète, pouls 80, respiration calme, ventre ballonné. Quatorzième jour, la tonicité musculaire persiste, sueurs abondantes, déglutition imparfaite. Quinzième, résolution des membres, déglutition impossible. Seizième, insensibilité générale, pouls 130; 28 inspirations régulières et faciles, évacuations involontaires. Mort le dix-neuvième jour. — Arachnoïde opaque, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Sinus latéral gauche contenant un caillot ferme. A la partie inférieure du lobe cérébral moyen gauche, tache d'un rouge vif colorée au centre en brun-chocolat. Pie-mère fortement injectée; substance cérébrale molle et pulpeuse, d'un rouge foncé, parsemée d'un grand nombre de petits points rouge-brun, qu'on ne peut faire disparaître par le frottement ni par le lavage. Le grattage en détache de la fibrine coagulée. Même altération dans les couches optiques et dans

[1] Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 57.

le corps strié gauche; ramollissement jaune immédiatement au dessus des tubercules mamillaires ([1]).

XLVIII[e] Obs. — Homme, intellect obtus. A dix-sept ans, manie. A vingt, violente céphalalgie, délire, hallucinations de la vue et de l'ouïe, fièvre, loquacité, insomnie, marche chancelante, secousses convulsives des épaules, soubresauts des tendons, coma. Mort le dix-septième jour. — Injection capillaire de la pie-mère, dont le tissu présente des infiltrations sanguines et séreuses. Pas d'adhérences à la substance corticale, qui est molle et violacée vers la base des lobes moyens ([2]).

XLIX[e] Obs. — Soldat, vingt-un ans, petit, grêle, caractère triste; bronchite chronique, chagrin de n'être pas réformé. 12 mars, lassitude, céphalalgie sous-orbitaire, pesanteur de tête, front plissé, haleine fétide, pupille droite dilatée, presque immobile, la gauche resserrée; gencives molles et saignantes, peau sensible au froid, pouls régulier, non fréquent; constipation, urine rare, trouble; puis convulsions du côté gauche, état comateux, mouvements automatiques, strabisme; croûte noire sur la langue, dents fuligineuses, pouls fréquent, peau chaude, diarrhée, œil gauche injecté, larmoyant. Mort le vingtième jour. — Méninges injectées, infiltrées de sérosité, sinus pleins de sang noir, ainsi que les veines de la moelle épinière. Fluide lactescent dans les ventricules latéraux et à la base du crâne. Masse cérébrale d'une extrême mollesse. La moelle épinière a conservé sa densité. Poumons tuberculeux, intestins grêles un peu injectés, gros intestins enflammés, rate volumineuse et molle, vessie urinaire distendue ([3]).

L[e] Obs. — Homme, vingt-deux ans, rhumatisme lombaire et sciatique; usage des eaux d'Aix, en Savoie, fatigue par l'action des douches. Céphalalgie intense sus-orbitaire droite, embarras gastrique (vomitif), insomnie; pouls 45, 50, 56, inégal; pupilles étroites, agitation, soupirs, cris; paupières abaissées, voix faible. Somnolence (salivation et stomatite, effets du calomel), rêvasseries (saignée, caillot compact, légère couenne), paroles incohérentes, délire tranquille, stupeur, assoupissement; légère paralysie du côté gauche, puis des deux côtés; exacerbations fébriles, coma, selles involontaires. Mort le vingt-troisième jour. — Glandes de Pacchioni développées, légère infiltration sous-arachnoïdienne sur le lobe antérieur;

([1]) Basham, *London medical Gazette*, 1845, mai. (*Archives*, 1846, juin, 4e série, t. XI, p. 207.)

([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 175.

([3]) Jac. Joan. Sas, *De Encephalitide*. Lugduni-Batavorum, 1837, p. 33.

pie-mère doublée par des concrétions plastiques, épaisses et jaunâtres, qui s'enfoncent profondément entre les circonvolutions. En détachant les replis qu'elle forme, on enlève des portions de substance cérébrale ramollies et fortement colorées en rouge. Autour de ces points et dans la largeur de la paume de la main, épaississement jaunâtre de la pie-mère. Aux mêmes endroits, la surface de l'arachnoïde est hérissée de rugosités par petites bandes ([1]).

LI[e] Obs. — Femme, vingt-trois ans, chagrins; taciturnité, suppression des règles depuis quatre mois; engourdissement du bras droit. 1[er] janvier, malaise, stupeur, pouls petit, serré; peau chaude, sèche; douleur à l'épigastre. 9, pas de réponses, mais prononciation à tous moments de ces mots : *Que faut-il?* Toux, respiration suspirieuse, face rouge; pouls fréquent, irrégulier; bras droit paralysé, roide, œdémateux. Traits contractés, front ridé. 13, évacuations involontaires. 21, vomissements, coma, trismus. 23, mort. — Rigidité cadavérique. Pie-mère rouge et très injectée sur les circonvolutions postérieures de l'hémisphère droit, lesquelles sont couvertes de gouttelettes de sang quand les méninges sont enlevées. Granulations albumineuses éparses sur l'hémisphère gauche et sur une partie du droit, agglomérées en trois endroits principaux, où l'arachnoïde est épaisse et opaque, et la substance corticale ramollie, pulpeuse et d'un gris-rougeâtre. Ce ramollissement pénètre à quatre ou cinq lignes. Quelques gouttes de sérosité sanguinolente dans les ventricules. Poumons sains. Sérosité dans le péricarde; quelques ulcérations dans le gros intestin. Utérus sain ([2]).

LII[e] Obs. — Femme, vingt-trois ans, lymphatique; accouchée il y a trois mois. Péritonite chronique; tartre stibié; deux heures après, convulsions, perte de connaissance, du mouvement et du sentiment de la moitié droite du corps. Bouche tirée à gauche, bras droit flasque; mais, de temps à autre, mouvements convulsifs. Mort cinquante-quatre heures après l'apparition des symptômes cérébraux. — Arachnoïde de la convexité du cerveau blanchâtre, épaissie; sérosité dans la pie-mère, qui, à la partie supérieure du lobe moyen gauche, enlève une petite portion de substance corticale ramollie, et laisse une cavité pouvant loger une noisette. Cette substance est blanc-jaunâtre, diffluente, et semblable à du pus fort épais. Sérosité dans les ventricules ([3]).

([1]) Dance, *Archives*, t. XXII, p. 168.
([2]) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 93.
([3]) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale*, t. I, p. 151.

LIIIe Obs. — Femme, vingt-trois ans, robuste, mal réglée; érysipèle de la face. Quatre mois après, gonflement du ventre et des jambes. Au bout de deux mois, céphalalgie violente et douleurs dans le dos. Yeux très sensibles, bourdonnements d'oreilles, insomnie, vomissements verdâtres, bouche mauvaise, soif vive, constipation, délire; mouvements convulsifs des membres supérieurs, sueur sur le cercle supérieur, dysurie, stupeur, pupilles resserrées, yeux hagards, le gauche fermé; bouche tirée à gauche. Roideur du rachis et des membres. Les mouvements communiqués à la tête sont très douloureux. Pouls petit, peu fréquent; respiration profonde, égale (saignée; caillot dense, sans couenne). Strabisme de l'œil gauche, bouche et tête tirées à gauche, sensibilité générale conservée, puis diminuée. Pupilles larges, immobiles; carphologie; membres souples, respiration inégale, profonde; salive abondante, blanche, épaisse; hoquet, mouvements de déglutition répétés, pouls 60, puis fréquent; perte de connaissance, agitation. Mort le douzième jour. — Vaisseaux des méninges gorgés de sang; la pie-mère s'enlève sans entraîner de substance cérébrale. Arachnoïde de la base et pie-mère épaissies, opaques, granuleuses, infiltrées surtout au voisinage des nerfs optiques, vers les scissures de Sylvius, sur le cervelet et la protubérance, avec dilatation des veines subjacentes. Septum, voûte, bandelette demi-circulaire, cornes d'Ammon, surtout à droite, complètement détruites. Beaucoup de sérosité dans les ventricules; face inférieure du corps calleux, partie inférieure du centre ovale, superficie des corps striés et des couches optiques très ramollies, et plexus choroïdes fort rouges et non infiltrés (1).

LIVe Obs. — Homme, vingt-trois ans, convalescent de fièvre typhoïde. Imprudence de se lever les pieds nus et en chemise. Aphonie, douleur au côté, fièvre intense. Le 4 février, agitation, loquacité, soubresauts de tendons, réponses mêlées d'extravagances, bégaiement; pouls 110-130; tremblement universel, mouvements automatiques, délire, somnolence, mussitation. Mort dans la nuit du 5 au 6. — Congestion dans les sinus méningiens et dans la pie-mère, laquelle enlève la substance grise, qui est un peu ramollie. Ulcérations des glandes de Peyer (2).

LVe Obs. — Homme, vingt-trois ans, excès vénériens; contrariétés, fièvre typhoïde; accès fébrile (sulfate de quinine). Convalescence imparfaite. 22 juillet, soubresauts des tendons, agitation, mots incohérents, pouls 104, langue embarrassée, bégaiement, forts

(1) Martinet, *Revue médicale*, 1829, t. I, p. 62.

(2) Beau, *Archives*, 4e série, t. XXVIII, p. 13.

tremblements, mussitation. Mort le 29. — Pie-mère congestionnée, entraînant la substance corticale ramollie. Corps striés un peu ramollis, ulcérations à moitié cicatrisées dans l'iléon (¹).

LVIe Obs. — Homme, vingt-quatre ans, privations et chagrins; céphalalgie depuis trois mois, fièvre, nausées, diarrhée; taches rosées, lenticulaires, sur le thorax et l'abdomen; pétéchies très nombreuses répandues sur tout le corps; anasarque, pupilles dilatées, urines albumineuses, délire, cécité, insensibilité des téguments. Mort le quatorzième jour. — Ramollissement périphérique des méninges et de la moitié externe de la couche corticale, avec coloration rougeâtre en plusieurs points de la surface cérébrale. sang poisseux. Entérite folliculeuse (²).

LVIIe Obs. — Homme, vingt-quatre ans, lymphatique, scrofuleux. Tout à coup, douleur vive à la région pariétale gauche, gêne, difficulté des mouvements de la partie droite du corps, embarras de la parole, déviation de la bouche à gauche; pouls dur, un peu fréquent; hémiplégie prononcée à droite sans perte de la sensibilité, parole presque nulle, douleur pariétale vive, mouvements convulsifs à gauche, pouls fréquent, dur; peau brûlante, déglutition difficile. Dix-huitième jour, mort. — Arachnoïde épaissie et couverte d'une couche grisâtre, albumineuse, sur l'hémisphère gauche. Circonvolutions de cette partie effacées. Substance corticale non altérée, substance médullaire très ramollie, diffluente et présentant au centre du sang extravasé. Centre ovale gauche ramolli, avec masse flexible, aplatie, résistante. 60 grammes de sérosité dans le ventricule gauche (³).

LVIIIe Obs. — Homme, vingt-cinq ans, symptômes de fièvre typhoïde légère, mauvaise convalescence. Fièvre, faiblesse, soif, douleur abdominale; puis parole hésitante, mots incohérents, soubresauts des tendons, intellect de plus en plus obtus, coma, mussitation. Mort cinq jours après le début du bégaiement. — Substance grise ramollie, enlevée avec les méninges (⁴).

LIXe Obs. — Homme, vingt-cinq ans, fièvre typhoïde; amélioration vers le vingtième jour. Convalescence peu franche, inappétence, fièvre par accès, soubresauts des tendons, bégaiement, mots incohérents dans les réponses, parole de plus en plus embarrassée, coma. Mort le sixième jour. — Pie-mère très injectée; elle enlève la subs-

(¹) Beau, *Archives*, 4e série, t. XXVIII, p. 9.
(²) Boudet (service de Gouraud), *Journ. des Connaiss. médico-chirurg.*, t. XII, p. 93.
(³) L'Huillier, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, t. VI, p. 4.
(⁴) Beau, *Archives*, 4e série, t. XXVIII, p. 8.

tance grise ramollie; vestiges d'ulcérations intestinales, abcès dans le sommet du poumon gauche ([1]).

LX° Obs. — Militaire, vingt-cinq ans, fréquents écarts de régime, abus d'eau-de-vie, intellect obtus. 27 mai, coucher en supination, visage enluminé, stupeur, délire, sueur halitueuse, chaleur vive à l'épigastre, diarrhée, battements de cœur. 29 et 30, aggravation, mort. — Adhérence de la dure-mère à la voûte du crâne. Arachnoïde très injectée, épaisse, parsemée de nombreuses granulations. Sérosité jaunâtre, abondante, entre cette membrane et la pie-mère. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Tout le cerveau, la moelle allongée, la protubérance, le cervelet, sont dans un état très avancé de ramollissement; gastro-entérite, cœur hypertrophié ([2]).

LXI° Obs. — Tisserand, vingt-cinq ans, carie scrofuleuse du poignet. Tout à coup, délire érotique, avec érection continuelle, suivi de nostalgie, et mort au bout de trois mois. — Arachnoïde lactescente sur le cerveau; arachnoïde du cervelet très injectée et substance grise de cet organe fort ramollie ([3]).

LXII° Obs. — Gustave Pons, âgé de vingt-cinq ans, de Bordeaux, peintre, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, avait toujours joui d'une assez bonne santé. Jamais il n'a eu de colique saturnine ou de maladie qui parût dépendre de ce genre d'intoxication.

Au mois de janvier 1867, à la suite d'un refroidissement, il commença à tousser; la toux, d'abord sèche, devint plus tard humide; elle s'accompagnait d'une expectoration muqueuse, jaunâtre, peu abondante, d'une douleur assez vive dans le côté gauche de la poitrine, parfois de dyspnée. Depuis le mois de janvier, il y a eu presque constamment une fièvre qui, chaque soir, augmentait, et qui, le matin, se terminait par une sueur générale.

Entré à l'hôpital Saint-André (clinique interne), le 19 mars 1867, il présente les symptômes suivants : Amaigrissement assez prononcé, pouls fréquent, à 96 pulsations; la fièvre augmente le soir. A ce moment, le chiffre des pulsations dépasse 100; sueur chaque nuit, toux fréquente, expectoration muqueuse assez abondante, jaunâtre (jamais il n'y a eu d'hémoptysie); point de dyspnée; espace intermammaire ayant 19 centimètres; douleurs sous chaque clavicule, principalement sous la gauche, provoquées par la pression; matité au

([1]) Beau, *Archives*, 4e série, t. XXVIII, p. 11.
([2]) Gasc, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1825, p. 16.
([3]) Cafford, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 133.

sommet du poumon gauche, laquelle se retrouve à la base plus complète. Du côté droit, sous la clavicule et dans les fosses sus et sous-épineuses, sonorité normale; mais à la base, en avant et en arrière, résonnance notablement diminuée. A l'auscultation, bruit respiratoire naturel au sommet du poumon droit, mélangé à la base de nombreux râles sibilants et sous-crépitants. Du côté gauche, râles sous-crépitants à bulles moyennes dans les fosses sus et sous-épineuses, et sous la clavicule; râles muqueux à bulles plus grosses, râles sibilants à la partie inférieure. Battements du cœur irréguliers. Langue blanche; point de nausées; ventre indolent, selles naturelles.

Ce malade est mis successivement à l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine, du kermès uni au sirop diacode, de la digitale, de l'hypophosphite de soude et de la poudre de semences de phellandrium. On place plusieurs vésicatoires à la base de la poitrine, de chaque côté. Ces divers moyens n'apportent qu'un faible amendement. La toux persiste, ainsi que l'expectoration muqueuse. La percussion et l'auscultation révèlent l'existence de petites cavernes au sommet du poumon gauche. La fièvre continue, offrant chaque soir une exacerbation.

Le 29 mars, à la visite du matin, lorsqu'on interroge le malade, il ne répond pas; il fait signe qu'il ne peut pas parler. Impossibilité de prononcer un seul mot; il fait de nouveaux signes pour demander à écrire. Il prend la plume, et écrit des mots incohérents. Il comprend qu'il se trompe; il reprend la plume, réfléchit, écrit encore quelques mots, et, s'apercevant qu'il ne met pas ce qu'il désire, il efface, et donne les marques d'une vive impatience; toutefois, on lui dit d'inscrire son nom, il le fait avec exactitude. Les pupilles sont immobiles, légèrement dilatées; le côté droit de la face paraît affaissé; la langue se meut avec facilité, elle est tirée à droite. Le malade fait comprendre qu'il souffre de la tête; la céphalalgie occupe principalement le côté gauche. Pouls mou, à 50 pulsations, régulier; ventre indolent, constipation. Nulle altération du mouvement et du sentiment dans les membres supérieurs et inférieurs. (Huile de ricin, 15,0. Elle produit trois évacuations alvines).

A midi, le malade a repris l'usage de la parole. Il explique très nettement que, pendant la nuit, il avait beaucoup souffert de la tête, surtout du côté gauche, et qu'en se réveillant il s'était vu privé de la faculté de prononcer des mots. Il avait alors parfaitement son intelligence, comprenant les questions qu'on lui adressait, mais ne pouvant y répondre; il savait parfaitement que les phrases qu'il écrivait étaient incomplètes, et que les mots étaient mal orthographiés; il voulait les corriger, mais il ne pouvait y parvenir. A ce

moment, il parle, écrit avec plus de netteté et de facilité, et il serait impossible en le voyant de se douter de l'accident du matin.

Les 30 et 31, il ne se produit aucun phénomène particulier du côté de l'encéphale ou du système nerveux. Le malade se lève, marche, parle, répond facilement. Toute trace d'altération de l'intelligence a disparu.

Le 1er avril, prostration, décubitus dorsal; depuis ce matin, perte absolue de la parole; le malade conserve parfaitement ses facultés; il comprend les questions, mais il ne peut répondre, et il est trop affaissé pour s'impatienter. On lui dit d'écrire, il est très affaibli, il ne peut pas tenir la plume, la laisse tomber des doigts; il existe un degré assez prononcé de faiblesse dans les membres supérieur et inférieur du côté droit; cependant, le malade peut porter lentement la main à la bouche et soulever le pied; la sensibilité est partout bien conservée, le visage est un peu dévié à droite; il en est de même de la langue; constipation, pouls à 50 pulsations. (Calomel, 1,0.) Soir. Le calomel a produit deux évacuations; pouls à 50 pulsations, mou; face pâle, yeux un peu injectés, pupilles contractées, immobiles; céphalalgie frontale; même état.

2 avril, intelligence toujours conservée, mais parole nulle, affaiblissement plus grand de tout le côté droit du corps, c'est presque de l'hémiplégie; impossibilité de soulever le bras, de se tenir debout; sensibilité conservée, urines et selles involontaires, pupilles immobiles et resserrées, yeux injectés, pouls à 56-60 pulsations. (Vésicatoire à la nuque; potion avec musc, 0,25; sinapismes aux pieds, et, plus tard, vésicatoires aux jambes.)

3 avril, affaissement considérable, somnolence, pupilles resserrées, conjonctives injectées, intelligence non complètement abolie, mais notablement engourdie; il faut secouer le malade assez vivement pour le réveiller; impossibilité absolue de prononcer un seul mot; hémiplégie complète du mouvement dans les membres supérieur et inférieur droits; sensibilité conservée, mais obtuse; urines et selles involontaires, pouls à 52 pulsations, soubresauts des tendons. (Potion avec extrait mou de quinquina, 3,0; musc, 0,25.) Mort le soir.

Nécropsie. Membranes du cerveau injectées et épaissies, surtout sur la face externe du côté antérieur gauche, où la méningite est très évidente. Au dessous, on voit quelques plaques jaunâtres formées par de la lymphe plastique. Au fond de la scissure de Sylvius, léger ramollissement qui s'étend vers la troisième circonvolution frontale. Les artères de la base n'offrent aucune altération. Il n'y a pas de granulations dans les méninges.

Sur la face externe de l'hémisphère gauche, à peu près au niveau

de la réunion de ses trois quarts postérieurs avec le quart antérieur, et de ses deux tiers inférieurs avec son tiers supérieur, on voit un point qui, au toucher, paraît plus mou que les autres. En incisant la substance cérébrale à ce niveau, on trouve la substance blanche, dans l'étendue de deux centimètres environ, manifestement ramollie, et offrant une coloration rougeâtre due à une injection plus vive. Plus en avant, tout à fait près de la corne frontale, se trouve également dans la substance blanche, une partie circonscrite, de la grosseur d'un pois, piquetée en noir. Ces points noirs, à peu près de la grosseur d'une tête d'épingle, sont formés par du sang coagulé. Il y a un peu de sérosité dans les ventricules. La toile choroïdienne et les plexus choroïdes, sont rouges et injectés. Le trigone cérébral est ramolli, et se déchire facilement. Rien à noter dans les corps striés, les couches optiques, ni dans le cervelet.

Poumons fortement engoués, surtout le droit. Il est intimement adhérent à la plèvre costale; à son sommet, on ne peut l'en séparer qu'en lambeaux. Il ne renferme pas de tubercules. Le poumon gauche est très engoué à sa base. A son sommet et sous sa face antérieure, en incisant son tissu, on trouve deux ou trois cavités pouvant contenir un gros pois. Elles sont entourées de granulations grises nombreuses. Rien au cœur, au foie, ni aux autres organes (1).

LXIIIe Obs. — Homme, vingt-six ans, excès de tous genres. Avril, décubitus dorsal, immobilité, face grippée, pupilles très dilatées, prostration des forces, céphalalgie atroce, cris et gémissements, tête ramenée en arrière, avec roideur du cou et du rachis; léger opisthotonos, insomnie, pouls 55, faible; chaleur fébrile. Troisième jour, délire bruyant, traitement énergique, antiphlogistique et révulsif. Huitième jour, amélioration qui va en augmentant; marche possible, mais lenteur intellectuelle; mémoire faible, parole embarrassée, diminution de la sensibilité cutanée; parfois, inappétence, dévoiement, fièvre, subdelirium, torpeur croissante, surdité, affaiblissement général, coma. Mort après un mois et quelques jours de fausse convalescence. — Traces évidentes de méningite, exsudation fibreuse concrète le long de quelques circonvolutions de la partie inférieure et latérale du cerveau, surtout le long de la scissure de Sylvius. Sérosité abondante dans les ventricules. Ramollissement blanc du septum, de la voûte, des couches optiques, des corps striés, du plancher inférieur des ventricules latéraux (2).

LXIVe Obs. — Homme, vingt-huit ans, contrariété vive; perte de connaissance, puis irascibilité; idées de grandeur, embarras de la

(1) Cette observation a été recueillie dans le service de clinique interne de mon fils.

(2) Requin, *Pathologie médicale*, 1846, t. II, p. 88.

parole, agitation extrême, cris, marche assez ferme, frémissement convulsif des muscles de la face. Peu de jours après, évacuations involontaires; paralysie des jambes, amaigrissement, délire à voix basse, paroles inintelligibles, eschare au sacrum. Mort le trente-septième jour. — Légère opacité de l'arachnoïde. Injection et infiltration séreuse de la pie-mère. Adhérences multipliées de cette membrane à la couche corticale qui s'enlève par plaques, et laisse à nu une surface mamelonnée, rouge et molle. Sur les parties latérales des hémisphères, les membranes se détachent facilement de la couche corticale, superficiellement ramollie avec vive injection pointillée. Substance blanche, molle, sablée de sang. Injection générale du cerveau (1).

LXVe Obs. — Homme, vingt-neuf ans, athlétique. Depuis plusieurs années, symptômes cérébraux. Au printemps et en été, attaques d'épilepsie, céphalalgie violente. (Saignée.) Amélioration. Délire furieux. Huit mois après, à la fin de février, céphalalgie, trouble, incohérence des idées, puis marche chancelante; délire furieux, face injectée, pouls très fréquent et développé, agitation extrême, cris. Il veut se jeter par la fenêtre, il se heurte la tête. (Saignée, sangsues, etc.) Mort la nuit suivante. — Dure-mère et arachnoïde saines. Pie-mère de la convexité injectée par plaques, infiltrée de sérosité trouble, et adhérente à la substance corticale, dont il se détache des couches de trois ou quatre lignes d'épaisseur, lesquelles sont ramollies et injectées. Substance blanche sablée, moins consistante qu'à l'ordinaire. Cervelet un peu mou. Moelle très saine (2).

LXVIe Obs. — Augustine Murau, âgée de vingt-neuf ans, née à Madrid, mariée, habitant Bordeaux, où elle est tapissière, paraît être de faible constitution, et d'un tempérament nerveux très prononcé. Sa sensibilité morale est extrêmement vive. Elle se croit enceinte de trois mois. Depuis le milieu de décembre 1842, elle éprouve des nausées, de la céphalalgie, de l'insomnie, un peu de douleur au ventre, de la constipation. Le soir, elle sent de la fièvre. Admise dans le service de clinique interne de l'hôpital Saint-André, le 14 février 1843, on constate les symptômes suivants : pouls peu fréquent, 72; pommettes colorées, peau peu chaude, insomnie, lèvres sèches, langue un peu rouge à la pointe, nausées, ventre indolent, constipation, céphalalgie, point de toux. — 16, sommeil plus calme. — 17, fièvre, pommettes colorées. — 18, ventre un peu douloureux surtout à l'épigastre, pouls fréquent. Le soir, fièvre très forte, délire. 19. Céphalalgie fort intense, augmentant au moindre mouvement;

(1) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 167, p. 152.
(2) Duplay (service de Rostan), *Archives*, 2e série, t. VI, p. 306.

pas de délire, langue blanchâtre au centre, rouge sur les bords, sèche ; pouls dur et fréquent. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2,00; sulfate de quinine, 0,50.) Soir, le délire a reparu et persiste; pouls plus fréquent, 96.

20. Prostration des forces, pouls fréquent, délire.

21. Délire pendant la nuit, plaintes continuelles, hypogastre très douloureux, matrice un peu développée, col incliné en arrière, accumulation de matières fécales dans le rectum. (Plusieurs lavements. Potion avec extrait mou de quinquina, 2,00; musc, 0,20. Lait, eau de veau.) Soir, le délire persiste, abdomen moins douloureux, pouls plein, fréquent.

22. La malade a crié pendant toute la nuit; elle ne peut se remuer dans son lit; délire; il y a eu des évacuations assez abondantes. Ventre douloureux, face très colorée, céphalalgie très intense.

23. Délire, légère perte de sang par les voies sexuelles, pouls fréquent, faible. (Vésicatoires aux jambes, lavement émollient, cataplasme sur l'abdomen.)

24. La perte utérine très modérée continue, c'est une sérosité sanguinolente. Décubitus sur le côté droit; pouls fréquent, petit; respiration précipitée, délire. Toutefois, la malade comprend mieux ce qu'on lui dit. Face colorée, peau chaude. Soir, pouls presque imperceptible, respiration très précipitée, prostration extrême des forces, yeux enfoncés dans les orbites. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Souplesse des articulations, maigreur considérable.

La dure-mère présente une injection très marquée, et quelques points rouges disséminés. L'arachnoïde cérébrale est opaque à sa partie supérieure, et contient de la sérosité. Elle offre, en outre, des adhérences entre ses feuillets sur les deux hémisphères.

La substance cérébrale est assez dense à la partie antérieure et moyenne du cerveau, où il y a un léger pointillé rouge. Le lobe postérieur droit offre une teinte jaune assez intense, et il se réduit en une espèce de bouillie au moindre contact. Cette altération peut être comparée à des œufs au lait, ou à du lait caillé un peu jaune. Au dessous de cette portion ramollie, se trouvent des points rouges assez nombreux, agglomérés, résultant d'une infiltration sanguine; en cet endroit, la substance cérébrale est assez ferme, et offre même quelques points indurés.

En écartant les deux hémisphères, à la partie postérieure du corps calleux, on voit l'arachnoïde et la pie-mère soulevées par une matière jaunâtre, épaisse, analogue à du pus concrété. Les ventricules latéraux ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité. Le septum lucidum est ramolli et se déchire très facilement. A la face inférieure du cerveau, on remarque un épaississement de

l'arachnoïde, et un peu de matière purulente concrétée sur le chiasma des nerfs optiques. Il n'y a point de ramollissement à cette face inférieure. Le mésocéphale n'offre rien de particulier, si ce n'est une légère augmentation de volume.

A la partie externe du lobe gauche du cervelet, et au centre de ce lobe, la substance médullaire est ramollie, et offre la teinte jaune, qui a été remarquée au lobe postérieur droit du cerveau. Au dessous et autour de cette portion ramollie, sont des points rouges agglomérés, tout à fait analogues à ceux déjà signalés. Le lobe droit du cervelet est parfaitement sain.

Les glandes mammaires sont assez développées, et contiennent déjà un fluide lactiforme. Les conduits galactophores sont très apparents.

Les poumons sont volumineux, gorgés de sang, et contiennent des tubercules à l'état de crudité; quelques-uns seulement sont ramollis et suppurés. A gauche, le tissu pulmonaire se déchire très facilement. Le péricarde contient un peu de sérosité. Le cœur est sain. Le tube digestif n'offre de remarquable qu'une rougeur assez prononcée vers la fin de l'iléon; il n'y a pas d'ulcérations. Ganglions mésentériques très engorgés. Foie volumineux, mais sain. La rate et les reins n'offrent rien de particulier. La matrice renferme un fœtus de trois mois.

LXVII[e] Obs. — Lieutenant. Il y a six ans, abus de vin, de café, de liqueurs; douleurs de tête sur le sommet et les côtés, et à la nuque pendant quatre ans. Alors, gastro-céphalite intense. Convalescence longue. Recrudescence des accidents par des accès de jalousie. Douleurs de poitrine, obligation de s'arrêter, de s'asseoir au milieu des exercices les plus modérés. Douleurs de tête et de poitrine plus vives, excès alcooliques répétés. Indices d'affection du cœur, accès d'asthme. 3 mai, expuition subite de sang et de caillots, perte de connaissance, sueur générale visqueuse, respiration courte, bruyante; battements de cœur faibles, obscurs, réguliers. 7, côté gauche du corps paralysé, un peu froid, moins sensible que le droit; pupille gauche dilatée. Commissure droite des lèvres déviée en dehors, langue portée à gauche. Pesanteur, embarras dans la région temporo-pariétale droite. Vue distincte des deux côtés. 13, trouble de la vue, faiblesse générale, pouls à peine sensible au bras gauche. 15, affaiblissement plus profond, maigreur rapide. 16, perte de connaissance. 17, râle, et mort sans convulsions. — Petite quantité de sérosité sous la dure-mère. Arachnoïde et pie-mère saines à gauche; mais sur tout l'hémisphère droit, entre ces deux membranes, sérosité gélatiniforme, rougeâtre en avant, jaunâtre en arrière. Substance cérébrale ayant en avant sa consistance normale, en arrière de la mollesse, et même l'aspect d'une bouillie jaunâtre,

diffluente. La pie-mère, qui pénètre entre les circonvolutions postérieures, est épaissie, gorgée de sang, confondue avec la substance corticale. Les ondulations de la surface du cerveau semblent tapissées et circonscrites par une croûte rouge, dure, résistante, épaisse de plusieurs lignes, et au dessous la substance médullaire est ramollie. État normal des autres parties de l'encéphale. Anévrysme de l'aorte communiquant avec l'œsophage (1).

LXVIIIe Obs. — Femme, trente-quatre ans, dyspnée et palpitations de cœur. Troisième accouchement en mars. Deux attaques de paralysie, l'une des quatre membres pendant plusieurs semaines, l'autre du bras gauche pendant deux heures seulement. 4 juillet, règles peu abondantes, symptômes de maladie du cœur. 6, état apoplectique, bras droit paralysé, respiration stertoreuse; regard hébété, réponses nulles. La langue est montrée, elle se dévie à gauche. Pas de déviation de la bouche. Pupilles resserrées, yeux ouverts; mouvements du bras gauche libres, main portée souvent à la tête. Bras droit flasque, immobile; quand on le pince, il y a de la douleur et un léger mouvement; il en est de même pour la jambe droite; pouls très faible et fréquent, battements du cœur étendus, irréguliers et avec bruit clair. Coucher en supination, face dirigée vers l'épaule gauche. Réponses nulles, mouvements continuels du bras gauche, respiration haute, écume à la bouche. Du 8 au 12, jour de la mort, assoupissement, coloration jaune de la peau, respiration embarrassée, etc. — Plusieurs cuillerées de sérosité sous la dure-mère. Pie-mère injectée. Ramollissement presque pulpeux de l'hémisphère gauche, avec fluctuation vers le lobe postérieur, dont les méninges sont épaissies. En détachant celles-ci, on enlève une couche de substance corticale. La couche optique est moins ramollie que le corps strié, qui est presque diffluent. La substance grise de cet hémisphère ramolli a une teinte jaunâtre; mais la blanche conserve sa couleur naturelle. Hémisphère droit à peu près normal. Seulement, ses méninges sont très injectées, et il y a quelques très petits kystes jaunâtres dans le corps strié. Pas de sérosité dans les ventricules (2).

LXIXe Obs. — Homme, trente-quatre ans, tailleur de pierres; excès alcooliques, surtout abus de l'absinthe. Delirium tremens. 25 juin, convulsions épileptiformes, manie violente. 26, agitation extrême; mouvements continuels de la tête, sueur, face vultueuse, conjonctives rouges, ecchymosées. Parole nulle, inattention, yeux fixes. Réitération des accès convulsifs sans cri initial, écume; opisthotonos, assoupissement. Apparence de l'ivresse. Quelques mots

(1) Sédillot, *Mémoires de Médecine militaire*, 1827, t. XXII, p. 329.
(2) Schedel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1828, n° 73, p. 13.

répétés continuellement. Pupilles resserrées, immobiles; urines involontaires. Mort le 28. — Marbrures violacées sur le corps. Dure-mère très injectée, ainsi que la pie-mère, qui est épaissie; sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde, sur les lobes antérieurs et à la base. Adhérence de la pie-mère à plusieurs points de la couche superficielle des hémisphères cérébraux, surtout dans le lobe antérieur droit. En arrachant des lambeaux de cette couche, on met à nu des parties du cerveau rougeâtres et marquées d'un pointillé intense. Toute la substance grise du cerveau et du cervelet est d'un rouge foncé. Cœur très adipeux, ainsi que le foie. Quantité énorme de graisse dans l'abdomen contrastant avec la maigreur extérieure (1).

LXXe Obs. — Femme, trente-sept ans, lymphatique, santé délicate; quatre enfants, couches heureuses. Palpitations fréquentes et respiration courte depuis plusieurs années; œdème général, qui se dissipe. En février, rhumatisme du genou gauche, puis bronchite; palpitations fréquentes, incommodes, dans la région précordiale; bruit de souffle, etc.; diarrhée opiniâtre (opiacés); elle cesse le 4 avril. Le lendemain matin, face pâle, regard fixe, comme hagard; parole nulle, sueur générale froide et visqueuse; pouls petit, fréquent, régulier; sensibilité des deux côtés du corps; mouvements plus rares et moins marqués à droite qu'à gauche. 6 et 7, quelques signes d'intelligence, mais parole nulle, et aucun effort pour répondre; abaissement de la commissure gauche des lèvres; résolution et insensibilité complètes de tout le côté droit; sensibilité légèrement obscurcie et contractures légères dans le côté gauche. Langue sèche, avec enduit brunâtre; selles fréquentes, involontaires. 8 et 9, affaiblissement rapide. Mort le 10. — L'arachnoïde parsemée de plaques rouges sur l'hémisphère droit, présente une rougeur plus foncée et plus uniforme sur le gauche. De ce côté, la pie-mère adhère à la substance corticale, qui est ramollie, diffluente, d'un gris jaunâtre, fortement sablée de rouge, et dont une couche épaisse s'enlève avec la pie-mère. La substance sous-jacente est réduite en une bouillie jaunâtre, presque partout piquetée de rouge. État normal des parties centrales. Pas de sérosité dans les ventricules. Couche optique gauche déformée, inégale, ramollie à sa surface. Corps strié du même côté sain; mais, en dehors, il est avoisiné par un ramollissement rouge, et, plus loin, par une diffluence notable de la substance blanche. Hypertrophie du cœur, valvule mitrale malade, épaissie, avec rupture des tendons, de quatre de ses colonnes charnues (2).

(1) Aug. Voisin, *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1861, p. 81.
(2) Duplay (service de Rullier), *Journal hebdomadaire*, 1829, t. III, p. 299.

LXXIe Obs. — Homme, trente-huit ans. Il y a dix mois, céphalalgie, mouvement insolité des épaules, impossibilité d'écrire et de parler. Ces symptômes se dissipent. Il y a six mois, privations par défaut de ressources. 19 novembre, attaque convulsive, suivie d'un profond sommeil; le lendemain, un peu d'exaltation mentale. 21, nouvelle attaque, et 22, plusieurs. Retour de la connaissance et réponses correctes. Quand l'attaque doit avoir lieu, le malade pousse un court gémissement, la bouche se tire à gauche, les yeux s'inclinent dans le même sens. Pendant ce temps, les pupilles sont dilatées et insensibles; le bras gauche est agité par des convulsions cloniques; le pied gauche est étendu et roide, le droit fortement fléchi. A la fin de l'attaque, l'écume vient à la bouche, la respiration est presque suspendue, mais non stertoreuse et sans apparence de suffocation. Il n'y a pas de lividité. Quand l'attaque passe, la respiration se rétablit peu à peu; toutefois, la joue gauche se soulève par l'air expiré comme une poche flasque. Après le retour de la volonté, le malade peut mouvoir les membres droits, tandis que les gauches restent insensibles et immobiles. Pouls 98, plein, mais non fort. Langue humide et propre. Ses bords sont marqués par la pression des dents. Quand elle s'avance, elle se dévie à gauche. La face n'est pas déviée quand le calme est rétabli; l'urine coule involontairement pendant les attaques; le ventre est libre. Le 23 novembre, les attaques sont très fréquentes; on en a compté 66; elles deviennent presque continues avec de courts intervalles, pendant lesquels la connaissance ne se rétablit point. Le pouls est à 160; respiration stertoreuse. Mort le 24. — Dure-mère épaisse, principalement sur les lobes antérieurs du cerveau et adhérente avec le frontal, et de plus sur le lobe droit, avec l'arachnoïde, dans un espace circonscrit. Demi-once de sérosité dans les ventricules. Là, la substance cérébrale est ramollie dans l'étendue d'un œuf de poule. Les substances grise et blanche sont confondues en une matière diffluente, d'un blanc sale, grisâtre, qu'un filet d'eau entraîne facilement. L'os frontal est sain, ainsi que la moelle épinière et les autres organes [1].

LXXIIe Obs. — Épicier, quarante ans, excès alcooliques. En mai, il s'endort au soleil; érysipèle de la face et du cuir chevelu, suivi de céphalalgie persistante. 29 juin, orgie, ivresse, délire ambitieux, insomnie, prononciation embarrassée; néanmoins, loquacité incohérente, agitation continuelle, marche difficile, chancelante; vomissements, face rouge, pouls fréquent, épigastre sensible; intellect de plus en plus troublé, mouvements convulsifs des membres supé-

[1] Hughes Bennett, *Clinical Lectures on the princ. and pract. of Med.*, 1859, p. 358.

rieurs, carphologie, soubresauts des tendons, spasmes des muscles de la face, resserrement tétanique des mâchoires, pouls petit et fréquent, respiration fréquente. Mort le 23 juillet. — Sérosité sous la dure-mère et à la base du crâne; face interne de cette membrane rouge, ainsi que le feuillet viscéral de l'arachnoïde, sur les régions antérieures du cerveau; adhérences des deux feuillets sur plusieurs points de la base du crâne. Arachnoïde très épaissie, très résistante; méninges adhérentes en beaucoup de points à la couche superficielle de la substance grise, qui s'enlève avec elles. Pie-mère écarlate. Un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules, dont la membrane interne est épaissie, et couverte d'une multitude de petites granulations dans la quatrième. Cerveau injecté et mou ([1]).

LXXIII[e] Obs. — Homme, quarante-un ans, sensation par la mort de son frère. Céphalalgie, évanouissement, pouls fréquent, développé (saignée, sang couenneux). La connaissance revient, puis tremblement général pendant plusieurs heures. Deuxième jour, intelligence rétablie, disparition des symptômes. Troisième jour, le soir, délire furieux, cris, face colorée, pouls 84; pas de vomissements, pas de selles. Motilité et sensibilité conservées. Le délire persiste; pas de rémission des autres symptômes. Mort le cinquième jour. — Injection vive des méninges, ramollissement de la superficie du cerveau, qui adhère aux membranes ([2]).

LXXIV[e] Obs. — Couturière, quarante-un ans, accouchée depuis quinze jours, convalescente, non nourrice. 5 mars, céphalalgie violente, étourdissement, perte de connaissance. Décubitus dorsal, immobilité complète, résolution de tout le côté gauche du corps. La motilité est abolie, la sensibilité persiste. Face rouge et peu déviée. Intelligence nette, regard très mobile, pupilles égales. Pesanteur de tête, parole d'abord supprimée, puis rétablie, mais elle est brusque, saccadée. Roideur dans les muscles masseters. Mouvements ou gestes exécutés par le bras droit; peau ayant la chaleur ordinaire, pouls 68, régulier, assez développé. Respiration naturelle. Le soir, trismus, parole impossible, intelligence conservée, gestes et agitation du bras droit. 6, intellect presque nul, paralysie de la vessie. Face rouge, langue hors de la bouche, pressée entre les dents. Yeux fixes, entr'ouverts. Abolition de l'intelligence et des sens. Pas de déviation de la face. État convulsif et contracture du bras droit, respiration bruyante et un peu accélérée; peau chaude, pouls 72 à 76. Le 7, résolution complète des deux côtés du corps, cessa-

([1]) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 244.

([2]) (Service de Rostan.) *Gazette des Hôpitaux*, 1847, p. 347.

tion du trismus; bouche entr'ouverte, laissant couler la salive. Teinte livide des lèvres et des pommettes, yeux fermés, respiration stertoreuse, pouls fréquent, peau visqueuse, selles et urines involontaires. Mort le soir. — Arachnoïde épaisse et un peu opaque. Pie-mère congestionnée, substance grise très injectée. A la partie moyenne et latérale du tiers antérieur de l'hémisphère droit, pie-mère injectée et rouge dans toute la profondeur d'une anfractuosité, et au dessous altération notable de la substance grise, qui présente une teinte rouge-vineuse, avec pointillé sanguin irrégulier. De petites lignes sinueuses, rougeâtres, circonscrivent cette portion de la substance grise ramollie; à ce point elle s'enlève par la simple pression de l'ongle, sous forme de bouillie colorée. Substance blanche sous-jacente, peu consistante; circonvolutions voisines à l'état normal, recouvertes par l'arachnoïde un peu épaissie, et la pie-mère, dont les vaisseaux sont très développés [1].

LXXV[e] Obs. — Boulanger, quarante-deux ans, robuste; douleurs opiniâtres, engourdissement dans les jambes après un long voyage à pied par un temps froid. Appétit, pas de fièvre; ventre normal, pas de céphalalgie. La douleur s'étend, sans tuméfaction, ni rougeur, ni roideur des articulations, de la plante des pieds aux genoux, en suivant la crête du tibia. Marche peu assurée, tendance des genoux à se fléchir. 8 avril, délire subit; le malade est allé se coucher sur les marches d'un escalier. Paupières fermées, résistant quand on veut les ouvrir; pupilles dilatées, respiration lente, pouls fréquent et plein. Pas de réponses aux questions. Quand on découvre le malade, il ramène avec la main gauche les couvertures. Quand on veut étendre le bras droit, on éprouve une grande résistance. Quand on le soulève, il retombe comme une masse inerte. Si on pince la peau, ce bras se retire, et le malade fait entendre un grognement. Il ne montre pas la langue. Les quatre membres sont sensibles et mobiles, alternativement roides ou inertes, souples ou contractés; mâchoire inférieure légèrement contractée, déglutition lente et difficile. Sang de la saignée non couenneux, sérosité abondante. Pouls 96, retour de la parole, mais divagations; mots incohérents. 10, coucher en supination, après avoir été sur le côté droit. Mort le 12. — Face externe de la dure-mère parsemée de petites masses blanchâtres, consistantes, de grosseur variable, adhérentes à l'arachnoïde et pénétrant la dure-mère par l'écartement de ses fibres (glandes de Pacchioni). Dans le [illegible] étendue, la dure-mère est épaisse et consistante. [illegible] sang noir, non coagulé. Infiltration [illegible]éreuse [illegible]

(1) De Beauvais (clinique de Rostan), [illegible]

Pie-mère gorgée de sang. A la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche, excavation due au ramollissement de la substance grise, sans pus ni caillots, mais avec épaississement des méninges voisines. Substance corticale de la périphérie du cerveau un peu molle et d'une teinte rosée mêlée de jaune; quelques stries rougeâtres dans la substance blanche. Ventricules, le gauche surtout, très distendus par une sérosité limpide. Corps calleux en partie, cloison des ventricules, voûte à trois piliers, corps frangés, cornes d'Ammon, couches optiques droite et gauche, corps strié gauche, non le droit, et parois ventriculaires, ramollis à des degrés divers. Deux petites artères traversent ce détritus, allant du plexus choroïde à la commissure antérieure; elles ont résisté à la destruction qui les environne (1).

LXXVIe Obs. — Homme, quarante-deux ans, intempérant. Pendant quelque temps, sujet à des écoulements muqueux par le nez, avec vertiges et céphalalgie. Le 29 mars, il se couche comme à l'ordinaire, et se trouve le lendemain matin insensible; il ne reprend que très imparfaitement connaissance, et ne peut reconnaître ses amis les plus intimes. Coucher en supination, yeux ouverts, dirigés légèrement à droite. Il n'entend pas, même quand on lui parle fort. Les deux pupilles sont dilatées, surtout la droite, qui est un peu mobile. Membres gauches sans mouvement. La main droite frotte rudement la poitrine et les aines, et commence à les écorcher. Respiration 16, stertoreuse, avec soulèvement des joues. Pouls 112. Mort le 1er avril. — Légère opacité de l'arachnoïde; artères et veines pleines de sang noir. Ventricules latéraux dilatés et contenant une once de sérosité; épendyme granuleux. A la surface inférieure du lobe antérieur droit, depuis le nerf olfactif jusqu'à la scissure de Sylvius, adhérence, épaississement des méninges, ramollissement et érosion des circonvolutions; nerf olfactif converti en une masse dense et jaunâtre; lame horizontale de l'ethmoïde très mince, mais non cariée. Muqueuse nasale hyperémiée et granuleuse sur le cornet supérieur droit (2).

LXXVIIe Obs. — Homme, quarante-trois ans; agitation furieuse, délire incohérent, quelquefois religieux; lacération des vêtements, insomnie. Au bout de quinze jours, calme, irritation gastro-intestinale; dépérissement. Mort le vingt-troisième jour. — Hyperémie [illegible] pie-mère et de la substance cérébrale. Ecchymoses [illegible]nes disséminées, avec injection de la substance

(1) [illegible] hebd[illegible] VIII, p. 25.
(2) [illegible] spi[illegible] érie, t. III, p. 309.

corticale ramollie, surtout à l'extrémité des lobes antérieurs. Substance médullaire très consistante (¹).

LXXVIIIᵉ Obs. — Femme, quarante-quatre ans; depuis neuf ans, attaques d'épilepsie, suite de frayeur. Février, menstrues diminuées, attaque suivie de céphalalgie et d'étourdissement prolongé. Le troisième jour, paralysie du sentiment et du mouvement des membres gauches. Cinquième jour, accès convulsifs, avec perte de connaissance, très rapprochés et plus marqués à gauche. Mort le onzième jour. — Ramollissement des circonvolutions de la partie supérieure du lobe antérieur droit de 3 pouces d'étendue, offrant la substance grise ramollie, presque diffluente, d'aspect gélatineux, et la substance blanche d'un blanc mat, friable et granulé. Pie-mère épaissie jusque dans les anfractuosités; arachnoïde d'aspect laiteux (²).

LXXIXᵉ Obs. — Homme, quarante-quatre ans, robuste, intelligent, exalté; abus des spiritueux. 3 septembre, vomitif, suivi de forte dose d'eau-de-vie. Délire furieux, hallucinations, marche chancelante, mouvements tumultueux des mains. Mort le 6. — Sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, couche épaisse d'un liquide jaune-citrin; vaisseaux de la pie-mère injectés. Légère adhérence de cette membrane à la substance corticale, qui est un peu molle et de couleur rosée. Elle est rougeâtre dans les corps striés et les couches optiques, et violacée autour du cervelet, où elle est ramollie et adhère plus qu'ailleurs à la pie-mère, très injectée en cet endroit (³).

LXXXᵉ Obs. — Matelot, quarante-quatre ans, robuste, pléthorique. 2 novembre, agitation maniaque, loquacité, incohérence des idées, réponses insultantes, actes insensés; puis, pendant vingt-quatre heures, stupeur, abattement, refus de manger, de répondre; insensibilité aux excitants extérieurs. Ensuite, calme très grand, réponses faciles, appétit. Toutefois, idées tristes, intellect affaibli, bégaiement, station debout pénible. En décembre, retour de l'agitation, cris, coups à tort et à travers, marche chancelante, mémoire nulle, évacuations involontaires, eschares profondes aux membres inférieurs. Appétit vorace; maigreur, affaiblissement rapide. Cris violents, mouvements très restreints, parole inintelligible. Mort le 2 janvier. — Arachnoïde et pie-mère considérablement épaissies, injectées, infiltrées de sérosité sanguinolente; sérosité peu abondante dans la cavité de l'arachnoïde; substance grise du cerveau injectée, légèrement ramollie, mais non adhérente aux méninges.

(¹) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 6, p. 7.
(²) Martinet (clinique de Récamier), *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 15.
(³) Calmeil. *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 216.

Substance blanche résistante. Ventricules latéraux remplis de sérosité, avec légères granulations sur les parois (1).

LXXXIe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, usage abondant, et parfois avec excès, des boissons alcooliques; un peu de gêne dans la prononciation et d'incertitude dans la marche. Après une revue de la garde nationale, un jour d'été, propos incohérents, hallucinations de la vue et de l'ouïe, tremblements musculaires généraux, chevrotement de la voix, délire violent, lèvres sèches, langue fuligineuse, sueur froide et visqueuse, pouls petit, accéléré; soif vive, insomnie, agitation, convulsions des bras, symptômes de delirium tremens. Mort le septième jour. — Un peu de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde; opacité de cette membrane, vaisseaux de la pie-mère pleins de sang; quelques extravasations sanguines; adhérences avec la substance corticale, qui est molle, rouge, injectée et comme saignante. Circonvolutions turgescentes, humides, d'une teinte rosée à l'intérieur. Sérosité dans les ventricules (2).

LXXXIIe Obs. — Femme, quarante-six ans, déviation à droite du rachis, ancienne céphalalgie. Depuis longtemps, maux d'estomac, et toux. Il y a un an, diarrhée, affaiblissement; néanmoins, travail de couture continué. En mars, ingestion de vin chaud sucré, comme tonique. Dès lors, augmentation de la céphalalgie, sentiment de froid persistant, faiblesse de tout le côté gauche, parole difficile, trouble des idées, perte de la mémoire. 1er avril, teinte paille de la peau, ouïe dure, prostration, légère déviation de la face, inappétence, pouls 70, pupilles peu dilatées. 4, somnolence, quelques mots prononcés sans suite, station debout impossible, affaissement à gauche, sensibilité obtuse des deux côtés. 6, assoupissement profond, yeux fermés; tête jetée en haut et en arrière, avec roideur du cou; membres, surtout gauches, contracturés et fléchis; pouls 90; chaleur de la peau, acre et sèche. 7, sang d'une saignée couvert d'une couenne mince; coma, contracture des membres supérieurs, douleur quand on veut les étendre. Mort le 8. — État presque normal des méninges à la convexité du cerveau, mais à la base, opacité et blancheur de l'arachnoïde, épaississement notable de la pie-mère, avec aspect lardacé, blanc, très ferme, granulé, s'étendant dans les scissures de Sylvius, surtout dans la gauche. Cinq à six onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Parties centrales ramollies. Ramollissement de presque toute la largeur du lobe postérieur gauche, offrant comme une poche colorée en jaune. Pas de pus. Flacci-

(1) Peyron, *Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier*, 1859, n° 81, p. 73.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 333.

dité générale du cerveau, surtout des lobes antérieurs. Poumons tuberculeux [1].

LXXXIII° Obs. — Homme, quarante-sept ans, cocher, sobre. 18 février, étourdissements, vertiges. 21, nouvelle attaque, avec perte de connaissance, suivie de délire violent. 23, agitation très grande, fièvre, gêne de la parole, mouvements convulsifs des membres, accès épileptiformes, somnolence interrompue par des cris, pouls large et fréquent. 24, subdelirium, mussitation, carphologie. Le malade rejette les boissons qu'on lui administre; urines rares, déjections involontaires. 25, excitation violente, altération des traits, faiblesse des membres, station debout et marche impossibles, pupille droite plus dilatée que la gauche. Du 26 au 3 mars, alternatives de prostration et d'excitation. 3, résolution des forces. 4, coma. Mort. — Turgescence des vaisseaux intra-crâniens; injection; infiltration sanguine; taches opalines; traînées laiteuses des méninges épaissies et opaques. Substance corticale, adhérente aux membranes en quelques points de la convexité, ramollie et de couleur violacée; même teinte dans les corps striés. Substance blanche hyperémiée. Même état du cervelet. Au microscope, on trouve les produits de l'état phlegmasique [2].

LXXXIV° Obs. — Homme, cinquante ans, robuste, cou court, poitrine large. 10 avril, assoupissement. 12, coma profond, face rouge injectée, lèvres violettes, paupières fermées et paralysées; pupilles contractées, immobiles devant une bougie allumée; pouls lent, petit, dur; respiration lente, stertoreuse; membres paralysés, cédant à leur propre poids; sensations nulles. Sang des saignées promptement coagulé. Mort le 13. — Pie-mère et arachnoïde fortement injectées; celle-ci épaisse et résistante. Ramollissement très remarquable de toute la substance corticale du cerveau. Plusieurs de ces points, désorganisés, renferment une bouillie grisâtre, sans congestion sanguine. Dans plusieurs autres, substance sanieuse, réduite en putrilage et parsemée de gouttes de sang [3].

LXXXV° Obs. — Homme, cinquante ans. Mars, fièvre. Pendant quelques jours, attaque convulsive, puis 21, délire violent, agitation extrême; céphalalgie rapportée à l'occiput, vers lequel la main se porte; soif, langue blanche et sèche; pouls fort, 104; chaleur 98 (Farenheit); peau sèche, air anxieux, loquacité; incohérence des idées, puis assoupissement. Au réveil, le malade répète tous

(1) Chomel, *Gazette médicale*, 1831, p. 172, — et *Archives*, t. XXVI, p. 556.

(2) Linas, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1857, n° 193, p. 44.

(3) Bricheteau, *Journal complémentaire*, t. I, p. 303.

les mots qu'il entend dire ; plus tard, il répond assez raisonnablement. 26, agitation, parole inintelligible, paupière de l'œil gauche abaissée, bras gauche chaud et paralysé, jambe gauche roide, langue tirée à gauche, selles involontaires, pupilles contractées. 28, parole nulle, hémiplégie gauche; pouls 120, imperceptible; peau froide, abattement, stupeur, coma, gangrène au sacrum. Mort le 5 avril. — Épaississement de l'arachnoïde sur l'hémisphère droit, qui est ramolli, surtout aux lobes antérieur et moyen. Surface de la couche optique droite, recouverte par une couche de matière pulpeuse, molle, facile à enlever. Un peu de sérosité dans le ventricule gauche, dont les parois sont parsemées de vaisseaux très injectés. Beaucoup de sérosité à la base du cerveau (1).

LXXXVIe Obs. — Femme, cinquante ans, faible; démence après une attaque de paralysie ; perte de connaissance, coma, yeux divergents, et tournés en haut; pupilles insensibles, contraction des muscles de la face, mobilité des quatre membres; pouls dur, fréquent, inégal ; respiration luctueuse, déjections involontaires, soif, langue sèche, sens obtus. Le soir, paroxysme, agitation ; roideur, paralysie, insensibilité des membres inférieurs, puis du bras droit. Dents et langue fuligineuses. — Dure-mère adhérente au crâne, infiltration comme gélatineuse sous l'arachnoïde; pie-mère rouge, épaisse, très vasculaire, surtout aux régions pariétales et frontale; adhérence à la surface du cerveau, qui s'enlève avec les méninges; l'hémisphère gauche présente un foyer pultacé, blanchâtre, jaunâtre, et rougeâtre, et une bouillie comme purulente dans tout le lobe postérieur. Dans l'hémisphère droit, ramollissement analogue de la région postérieure et inférieure. Dans le corps strié, restes d'une ancienne hémorrhagie. Gastro-entérite (2).

LXXXVIIe Obs. — Religieuse, cinquante ans ; elle reçoit un coup de pierre au côté gauche de la tête ; chute, évanouissement, contusion, pas de fracture, guérison, mais malaise, céphalalgie à gauche, vertiges, étourdissement ; quelquefois, perte de connaissance. Seize mois après, otite gauche, écoulement purulent. Le mois suivant, symptômes graves; céphalalgie, avec paroxysmes violents ; fièvre, battements dans le côté gauche ; langue rouge, sèche ; constipation, urines rouges-jaunes, délire, prostration, mouvements automatiques de la main vers le côté gauche de la tête ; décubitus sur le côté droit, plus souvent sur le gauche; serrement des mâchoires, pupilles contractées, convulsions du tronc et des membres, plus à gauche ; assoupissement ; intervalles lucides et calmes, puis agitation ; paroxys-

(1) Duncan junior, *Edinb. Med. and Surgical Journ.*, 1821, t. XVII, p. 225.

(2) Pinel fils, *Revue médicale*, 1821, t. V, p. 306.

mes intenses, roideur du cou, hémiplégie à droite, 120 pulsations, respiration haute, sueur abondante, œil droit fermé, gauche ouvert et agité. Mort le onzième jour. — 60 gr. de matière sanieuse et puriforme sur l'hémisphère gauche, épaississement de l'arachnoïde (quatre à cinq lignes), avec granulations rougeâtres et blanchâtres. Épanchement séreux sur l'hémisphère droit; injection de l'arachnoïde de ce côté. Infiltration purulente sous-arachnoïdienne. Cerveau mou. Lobe moyen gauche, rouge brunâtre, très mou, réduit en une sorte de putrilage. Hémisphère droit sain. Peu d'eau dans les ventricules. Rocher sans altération (1).

LXXXVIII[e] Obs. — Femme, cinquante-quatre ans, forte, pléthorique, petite et grasse, cou court et volumineux, règles peu abondantes. Vertiges, éblouissements, congestion cérébrale il y a trois ans. Nouvelle congestion en novembre, suivie de coma, immobilité des paupières gauches, parole embarrassée, engourdissement et faiblesse des membres droits; face vultueuse, violacée; veines jugulaires distendues et gonflées par la systole cardiaque; pouls faible, irrégulier; battements de cœur vifs et brusques; convulsions dans les membres droits, et dans le côté gauche de la face; yeux divergents. Troisième jour, paralysie complète du bras droit et de l'œil gauche; œil droit fermé, mâchoires serrées. Quatrième jour, face livide, lèvres noires, respiration stertoreuse, pouls à peine sensible, battements du cœur, abolition des fonctions animales. Mort. — Arachnoïde épaisse, rouge, injectée, opaque; son feuillet pariétal est fortement coloré par le développement de ses vaisseaux. Sinus de la dure-mère gorgés de sang. Ramollissement brunâtre de la couche optique droite; à la surface ventriculaire de cette éminence, espèce de couenne molle ou fausse membrane récente, de la largeur de cinq à six lignes, adhérant aussi à la surface correspondante du septum lucidum. Au côté gauche, plusieurs points du corps strié et de la protubérance annulaire offrent du ramollissement. Dilatation de l'aorte, avec altération des parois. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur (2).

LXXXIX[e] Obs. — Homme, cinquante-quatre ans, employé de l'octroi, hypertrophie du cœur. Il y a cinq mois, perte d'argent, tristesse, insomnie, inappétence. Il y a dix jours, contestation vive, et à la suite, trouble intellectuel, agitation, hallucinations de la vue, discours incohérents, léger embarras de la parole, qui diminue bientôt. Mort le vingt-troisième jour, par l'aggravation de la maladie du cœur. — Léger épaississement des méninges. Ecchymoses sous-

(1) Beziau, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1823, n° 134, p. 11.
(2) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 47.

arachnoïdiennes. Injection pointillée, avec ramollissement superficiel de la couche corticale des lobes antérieurs. Hyperémie générale du cerveau. Développement considérable des circonvolutions dans la région supérieure moyenne des hémisphères ([1]).

XC[e] Obs. — Femme, cinquante-cinq ans, malaise, hallucinations de l'ouïe, insomnie, inappétence, perte subite de connaissance, tremblement général, surtout des lèvres et des membres; sueur visqueuse générale, œil gauche ouvert, le droit fermé, pupilles insensibles, bouche déviée à droite, hémiplégie droite, perte des sens et de l'intelligence, déjections involontaires; pouls petit, fréquent; dypsnée. Mort le troisième jour. — Arachnoïde injectée, et dessinant des plaques rouges, épaisses, irrégulières. Sur le lobe moyen gauche du cerveau qui en cet endroit est en bouillie et couleur lie de vin, la lésion comprend les substances corticale et médullaire dans l'étendue d'un pouce et demi. Corps strié gauche désorganisé, lie de vin. Couches optiques ramollies et ecchymosées. La partie inférieure du lobe moyen droit, logée dans la fosse temporale, est occupée par une masse d'apparence gélatineuse, remplie d'un fluide roussâtre, de brides membraneuses, de vaisseaux sanguins. Cette altération, évidemment ancienne, est enveloppée en partie d'une membrane analogue à celle des foyers apoplectiques. Ce foyer communique avec le ventricule droit, qui est dilaté par de la sérosité. Cervelet sain, volumineux, mou. Canal rachidien contenant de la sérosité vers les lombes ([2]).

XCI[e] Obs. — Femme, soixante-un ans. Il y a un an, symptômes de péricardite. Janvier, violente céphalalgie et hémiplégie gauche, face livide; pouls petit, irrégulier; respiration courte, bruyante; urines involontaires, délire taciturne, coma; réponses tardives, mais assez raisonnables; décubitus dorsal, mouvements involontaires des membres droits, carphologie; par intervalles, trismus, soubresauts des tendons. Mort le quatrième jour. — Arachnoïde rouge. Ramollissement pultacé de presque tout l'hémisphère gauche. Substance corticale violette, ecchymosée par intervalles, ainsi que la substance médullaire, vers les régions inférieures de cet hémisphère. Le droit présente à sa partie antérieure et moyenne, un kyste jaunâtre, étendu d'avant en arrière, résultat d'une ancienne hémorrhagie, et entouré de substance blanche peu consistante. Disparition des circonvolutions à la partie inférieure du lobe moyen droit. Cervelet mou. Cœur très volumineux ([3]).

([1]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 27, p. 26.
([2]) Pinel fils, *Revue médicale*, 1821, t. V, p. 300.
([3]) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 67.

XCII^e Obs. — Homme, soixante-trois ans, forte constitution, sujet aux affections rhumatismales, et aux hémorrhoïdes qui n'ont pas paru depuis six mois. Il y a cinquante jours, douleurs vagues, tiraillements passagers dans les membres, céphalalgie frontale, apyrexie, appétit. Il y a deux jours, 14 août, hémiplégie gauche, sans lésion de l'intelligence et de la parole; bouche tirée à droite, langue déviée à gauche; sensibilité un peu obtuse, et roideur légère du côté gauche; mains agitées de temps en temps de mouvements convulsifs, soif, coliques, constipation, dysurie; pouls large, lent, régulier. 18, somnolence, sans délire. 23, face injectée, céphalalgie, léger délire. 25, somnolence, sensibilité éteinte à gauche. 26, coma, stertor. Mort. — Adhérences des méninges au bord supérieur des hémisphères. Arachnoïde et pie-mère injectées, épaissies en quelques points. Substance cérébrale pointillée de rouge. Ramollissement dans l'hémisphère droit, en dehors du ventricule latéral, de couleur rouge et jaune, intéressant un peu le corps strié, la couche optique, et la substance blanche voisine. Peu de sérosité dans les ventricules (1).

XCIII^e Obs. — Homme, soixante-trois ans, bilieux, vif, pétulant. 12 septembre, congestion cérébrale, étourdissement, hémiplégie qui se dissipe, mais exaltation des idées, propos incohérents. Au bout d'un mois, délire vague, agitation, insomnie, loquacité, emportements. Six jours après, embarras de la parole, incertitude dans les mouvements, marche précipitée, saccadée; fièvre, yeux fixes, largement ouverts; pupilles contractées. Face tirée à gauche, dents serrées, bâillements, dysphagie, sensibilité presque éteinte dans tout le côté gauche du corps, spasmes convulsifs de la face, contracture de l'avant-bras et tressaillements dans le membre inférieur du même côté; à droite, résolution complète, la sensibilité y est émoussée. Cou roide, menton tiré à gauche. Dyspnée, pouls accéléré, peau chaude, agitation, délire, grincements de dents, coma. Mort le 26 octobre. — Parois des artères du cerveau parsemées de concrétions calcaires. Pie-mère de l'hémisphère droit très hyperémiée, très rouge, très adhérente à la surface cérébrale, principalement sur le lobe postérieur, dont une couche s'enlève. Un ramollissement crémeux, teint en rose, environné de taches ecchymotiques, s'étend jusqu'au ventricule. Sur l'hémisphère gauche adhérences de la pie-mère; dans le lobe postérieur, ramollissement commençant, sorte d'hépatisation rouge. Cervelet injecté à sa surface, non ramolli (2).

XCIV^e Obs. — Femme, soixante-quatre ans, embonpoint; malade depuis trois semaines. Décubitus dorsal, flaccidité, pâleur, résolution

(1) Forget, *Gazette médicale*, 1838, p. 786.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 160.

des membres, pas de déviation de la face; intellect complètement obtus, yeux entr'ouverts, dirigés à gauche; pupilles dilatées et immobiles. Demi-réveil par un fort pincement de la peau, mais pour réponse, à peine quelques sons inarticulés. La malade ne peut montrer sa langue. Respiration lente, mais ni bruyante, ni pénible. Pouls large, 75; urines abondantes; pas de selles; puis sueur froide, respiration embarrassée, coma. Mort le vingt-quatrième jour. — Adhérences des deux feuillets de l'arachnoïde vers la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche et sur quelques points de l'hémisphère droit, se présentant sous la forme de plaques saillantes, d'un rouge-foncé; la pie-mère en fait partie; elle est rouge, épaissie, dense et facile à déchirer, soit sous l'arachnoïde, soit dans les anfractuosités. Elle entraîne avec elle la substance corticale ramollie et offrant sur un fond de couleur de vin une multitude de points noirs du volume d'une tête d'épingle, dont chacun semble correspondre à un petit épanchement sanguin. L'altération s'étend en quelques endroits à trois ou quatre lignes de profondeur, et paraît avoir envahi la substance médullaire. Celle-ci présente une teinte grise de moins en moins foncée. Même altération à la partie antérieure de la moitié gauche du cervelet. Cœur volumineux, à cavités amples; aorte dilatée, avec quelques plaques d'ossification; artères principales exemptes de dilatation et d'ossification ([1]).

XCV[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans, constitution forte. Depuis longtemps, céphalalgie, vertiges. 19 janvier, perte de connaissance pendant une demi-heure, puis céphalalgie persistante. 20, nouvelle attaque; alors hémiplégie gauche du sentiment et du mouvement, surtout au membre supérieur. Paralysie des releveurs des deux paupières supérieures, pupille gauche dilatée et immobile, bouche déviée à droite, pointe de la langue inclinée à gauche. Déglutition difficile, stupeur, mais conservation de l'intelligence; respiration stertoreuse, pouls petit, faible, fréquent; pas de contractions ni de douleurs dans les membres paralysés. 24, membre supérieur droit un peu roide, contracté, et même agité de mouvements convulsifs. Mort dans la nuit. — Vaisseaux méningiens et cérébraux gorgés de sang. Vers la partie antérieure latérale et supérieure de l'hémisphère droit, plaque rouge, ayant son siége dans le tissu sous-arachnoïdien. Il ne s'écoule pas de sang en divisant cette plaque. Dans la partie moyenne et antérieure du centre ovale droit, ramollissement du volume d'une noix, formé d'une pulpe diffluente, de couleur rose clair, légèrement jaunâtre. Hypertrophie du cœur gauche ([2]).

([1]) Denonvilliers, *Gazette médicale*, 1833, p. 62.

([2]) Tripier, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 26 juin 1829, nº 45, p. 7.

XCVIe Obs. — Homme, soixante-onze ans, surdité, maigreur, palpitations de cœur. Mai, anasarque, ascite, agitation incessante, démence sénile. 27 mai, amaurose. 3 juin, hémiplégie gauche, déviation de la face, embarras de la langue, incontinence d'urine. 14, salivation et eschares aux gencives par l'usage du calomel. 21, diarrhée; sensibilité exagérée dans le côté gauche, dont le mouvement est aboli. Quand on pince la jambe gauche, la droite s'agite vivement. Mort le 27. — Méninges épaissies, et tendant à devenir opaques sur la partie postérieure du cerveau. Ramollissement dans le lobe postérieur droit du cerveau, occupant une largeur de 3 centimètres en longueur et en largeur, et 2 en épaisseur. La substance cérébrale y est presque diffluente. Lobe antérieur légèrement injecté. Nerfs optiques sains (1).

XCVIIe Obs. — Femme, soixante-douze ans, ancienne cuisinière, constitution forte, bonne santé. A la fin de juin, malaise, nausées, défaillances. 6 juillet, céphalalgie intense. 10, vomissement bilieux, issue par l'anus d'un ascaride lombricoïde. 11, décubitus dorsal, abattement, regard fixe vers le haut, vue trouble, tintements d'oreilles, odorat obtus, pituitaire sèche, goût affaibli, déglutition difficile, respiration gênée, plaintive; pouls plein, fort, intermittent. Assoupissement, mouvements difficiles. 12, yeux hagards, agitation, délire. 14, prostration, langue noirâtre, urines involontaires. 16, mouvements convulsifs généraux, soubresauts des tendons; ni parole, ni connaissance. Mort le 18. — Face interne de la dure-mère de couleur rouge-pâle; arachnoïde rose et parsemée de vaisseaux injectés. Beaucoup de sérosité dans la pie-mère. Cerveau assez mou. Septum lucidum presque entièrement détruit, et les parois des ventricules d'une mollesse remarquable. L'arachnoïde qui tapisse la partie postérieure du ventricule droit, offre des traces évidentes d'inflammation; plexus choroïdes rouges et infiltrés. Valvules aortiques endurcies (2).

XCVIIIe Obs. — O'Connell (l'illustre Irlandais), soixante-douze ans, de forte constitution, sujet aux hémorrhoïdes, avec flux périodique, supprimé à soixante-dix ans. Depuis, étourdissements, tintements d'oreilles, céphalalgie, diminution de l'intelligence, des forces et de l'énergie. Allant à Rome, il tombe gravement malade à Lyon. Face colorée, pupilles contractées, pouls petit, régulier; bronchite; intellect lucide, mais peu actif; tristesse, bras droit tremblant, froid et faible; pied gauche froid, marche possible, mais lente et saccadée. Amélioration, puis céphalalgie plus intense; agitation, insomnie;

(1) Léon Gros (clinique de Forget, en 1847), *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1848, p. 110.

(2) Rostan, *Recherch. sur le ramolliss. du cerveau*, p. 91. (Obs. recueillie par Amussat.)

ensuite somnolence continuelle, délire fugace, parole embarrassée, pouls plein, fort (émissions sanguines). Mort. — Adhérences celluleuses des deux feuillets de l'arachnoïde, pie-mère vivement injectée, cerveau en général ferme et comme sablé, ramollissement circonscrit à la partie latérale du lobe antérieur droit, convertie en une bouillie d'un blanc sale. Ossifications dans l'aorte (1).

XCIXe Obs. — Femme, soixante-quinze ans; attaque subite d'hémiplégie droite, sans prodromes et sans perte de connaissance; contracture qui disparaît. Bouche déviée, parole embarrassée, intellect et sens intacts. Affaissement. Mort un mois après l'attaque. — Arachnoïde un peu opaque. Sérosité infiltrée dans la pie-mère. Sur deux points de la convexité de chaque hémisphère, les circonvolutions sont déprimées et refoulées par la sérosité. A la base du lobe postérieur gauche, circonvolutions déformées; surface de 3 centimètres carrés, jaune-chamois, mollasse, membraniforme, s'étendant à toute l'épaisseur de la substance corticale. Tache analogue au centre de l'hémisphère gauche (2).

Ce Obs. — Homme, soixante-quinze ans, lymphatique, taches scorbutiques; chute sur le trokanter. 11 juin, perte subite de la parole, sans perte de connaissance; bouche déviée à droite, langue immobile, dysphagie. Pupilles contractiles, intellect intact; pas de paralysie ni de contracture, ni de douleur dans les membres; pouls naturel, faible; face pâle; pas de chaleur au front, pas de céphalalgie; affaiblissement graduel par la difficulté de l'ingestion des aliments et des boissons, coma. Mort le 3 juillet. — Méninges sèches, un peu rougeâtres et adhérentes sur les lobes postérieurs du cerveau. On ne peut les détacher sans entraîner des lambeaux de substance corticale ramollie et rougeâtre. Ce ramollissement est d'un pouce carré de chaque côté, et pénètre à une profondeur de deux lignes; pas d'autre lésion encéphalique. Poumons engoués et œdémateux (3).

CIe Obs. — Homme, soixante-dix-sept ans, de forte constitution, replet; depuis quelque temps, faiblesse des membres droits. 10 octobre, perte subite de connaissance. Hémiplégie incomplète du côté droit; bras gauche agité de mouvements involontaires; sensibilité générale maintenue, face colorée, stupeur, yeux fermés, pupille gauche un peu dilatée, la droite un peu contractée. Ouïe obtuse, langue montrée avec peine, déviée largement à gauche; respiration bruyante. 12, amélioration; néanmoins, parole bornée à quelques

(1) Lacour, *Gazette médicale de Lyon*, et *Union médicale*, t. I, p. 575.
(2) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 241.
(3) Prus, *Revue médicale*, 1834, t. III, p. 483.

sons inarticulés; mouvements exécutés par le bras droit, avec légère rigidité dans le sens de la flexion. Phénomènes cataleptiques dans le bras gauche. Rien d'analogue aux autres membres. 15, assoupissement, respiration embarrassée, peu de signes d'intelligence, quelques légers mouvements du bras droit, contraction assez forte du gauche, sensibilité non détruite. Mort le 17. — Adhérences fortes entre la dure-mère et le crâne. Sur la moitié antérieure du cerveau, méninges épaissies et opaques. En arrière, la pie-mère se détache aisément de l'arachnoïde; mais elle est intimement unie à la substance corticale. Ramollissement jaunâtre, du volume d'une noisette, dans la partie postérieure et moyenne de la couche optique gauche. Ramollissement peu étendu dans la couche optique droite, avec légère infiltration sanguine au centre. Peu de sérosité dans les ventricules. Petit kyste séreux dans le plexus choroïde droit ([1]).

CII^e Obs. — Femme, soixante-dix-sept ans, bonne santé. 13 octobre, perte subite de connaissance; une heure après, demi-coma, pâleur, face hébétée, paupières entr'ouvertes, ne se refermant pas quand on en approche le doigt; face paralysée à droite; forte contracture du bras droit, fléchi sur la poitrine et immobile, malgré les excitations les plus vives, qui provoquent des mouvements du bras gauche et des contractions du côté gauche de la face. Jambe droite moins roide, et un peu mobile. Du côté gauche, mouvements assez libres, mais avec un peu de roideur. Ouïe conservée, courtes réponses mal articulées. Mâchoires contractées; pouls petit, régulier, à 74; respiration normale, peau froide. Le soir, bras droit en une complète résolution. 14, assoupissement moins profond; émission involontaire de l'urine, pouls plus fréquent, peau chaude. Le soir, coma profond, résolution du bras droit, rigidité à gauche, sensibilité conservée. 15, bouche remplie de mucosité spumeuse; main gauche portée aux lèvres. Mort. — Beaucoup de sang liquide dans les sinus de la dure-mère. Pie-mère fortement injectée, adhérant à presque toute la surface de l'hémisphère gauche par des filaments nombreux. Dans beaucoup de points, elle enlève presque toute l'épaisseur de la substance corticale. La surface des circonvolutions est inégale, comme tomenteuse, et présente çà et là de petites plaques d'un rouge vif, pénétrant jusqu'à la substance blanche; quelques circonvolutions ont augmenté de volume; la substance grise est rose dans toute son épaisseur et framboisée dans les anfractuosités; elle est ramollie. Substance blanche un peu injectée, de consistance normale. Les autres parties sont saines ([2]).

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 471.
([2]) Durand-Fardel, *Archives*, 3e série, 1839, t. IV, p. 175.

CIII° Obs. — Femme, soixante-dix-sept ans; abus des spiritueux, embonpoint excessif, caractère gai; parfois, céphalalgie. 22 décembre, bras gauche faible, pesant, sans roideur; céphalalgie, langue embarrassée, face non déviée, rouge; yeux injectés, oppression, chaleur; fièvre, fréquence du pouls, langue sèche et teinte noirâtre qui existait antérieurement. 15 janvier, perte de connaissance, face pâle, langue embarrassée. Huit jours après, troisième attaque de courte durée et suivie d'amélioration, même dans les mouvements du bras, lequel conserve sa sensibilité. Tranquillité, assoupissement, pas de roideur des membres. Mort subite le 26 janvier. — Adhérence de la dure-mère au crâne, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne abondante et gélatiniforme; quelques points osseux dans les vaisseaux de la base. Sur la limite des lobes moyen et postérieur droits, quelques anfractuosités sont élargies, et la substance corticale y est d'un jaune d'ocre, ramollie, mais un peu résistante. La pie-mère y adhère et est très injectée. La substance médullaire de la majeure partie de l'hémisphère droit, à huit à dix lignes au dessous de la couche corticale, est très ramollie et d'une couleur rose vif. Les vaisseaux y sont fort injectés. On y retrouve aussi la couleur jaune notée à la surface. Cœur volumineux [1].

CIV° Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans, robuste; apoplexie l'année précédente; parfois, état analogue à l'ivresse. Septembre, céphalalgie, inappétence, délire momentané, légère fièvre. Le lendemain, perte de connaissance, de sensibilité, de motilité; face livide, sueur froide et visqueuse, respiration stertoreuse, pouls déprimé, déglutition impossible. Mort le troisième jour. — Inflammation de l'arachnoïde; fonte pultacée de la partie moyenne de l'hémisphère droit. Substance corticale rouge. Entre la couche optique et le corps strié, cavité hémorrhagique ancienne revêtue d'une membrane jaunâtre et contenant du sang caillé, gris-violet, résultat d'un ancien épanchement [2].

CV° Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans; entérite chronique. 4 juin, coma profond, pupilles dilatées, surtout la droite; résolution générale, sensibilité obtuse. Mort au bout de vingt heures. — Infiltration gélatiniforme et injection de la pie-mère, qui est adhérente. Circonvolutions des deux hémisphères, surtout du droit, volumineuses, tuméfiées, d'un rose vif ou jaune, avec nuances intermédiaires; plaques d'apoplexie capillaire dans les anfractuosités, ramollissement de la superficie du cerveau [3].

[1] Durand-Fardel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 261, p. 114.

[2] Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 43.

[3] Durand-Fardel, *Archives*, 3e série, t. IV, 1839, p. 169.

§ III. — Méningo-encéphalite aiguë, avec production de pus.

CVI^e Obs. — Ouvrier batteur en métaux, dix-sept ans, malade depuis huit jours. 2 janvier, prostration profonde, paupières à demi-ouvertes, pupilles dilatées, yeux couverts de mucosités; regard fixe et terne, trismus; coma, à peine quelques plaintes inarticulées, résolution générale; parfois, mouvements involontaires des membres supérieurs, qu'augmente la résistance; ventre déprimé. Des traînées rougeâtres y sont produites par le frottement du doigt. Pouls 80, peau sèche, chaleur âcre. Respiration accélérée. Mieux le 3, aggravation le 4. Sueur visqueuse générale, tête renversée en arrière; pouls 90. Mort le 6. — Pie-mère rouge, friable et adhérente à quelques points de la surface de l'hémisphère gauche. Cerveau rouge en ces points. Ventricules remplis de sérosité et de pus, surtout le droit. Abcès dans le cervelet situé à la partie interne et supérieure du lobe droit, traversant le vermis superior et pénétrant dans le lobe gauche. Ce foyer est anfractueux, à parois brunes, tomenteuses, non tapissées de fausses membranes. Sur le foie, plaques jaunâtres de matière demi-concrète (1).

CVII^e Obs. — Tailleur, dix-huit ans. En avril, épistaxis, céphalalgie intense, obscurcissement de la vue, bourdonnement dans les oreilles. 2 mai, décubitus dorsal, strabisme, pupilles dilatées, stupeur, délire, réponses brusques. Mouvements libres. Langue légèrement fuligineuse. Selles diarrhéiques, pouls 90, peau chaude, sèche. 5, prostration, délire, vue conservée, mouvement faible dans le bras droit, sensibilité diminuée des deux côtés, constipation; pouls 120. Le soir, perte de connaissance. 6, réponses lentes, parole embarrassée, somnolence, pupille droite plus dilatée que la gauche. Vision obscure. Ouïe obtuse, paralysie du bras droit, soubresauts des tendons. Tronc incliné à droite, urines involontaires, odeur de souris. 7, hémiplégie droite, stupeur, prostration. Mort. — Pie-mère injectée, parcourue par des traînées de pus accompagnant les vaisseaux; adhérence à la substance corticale, dont se détache une couche assez épaisse; alors, les circonvolutions paraissent rugueuses, inégales, injectées. Cet état est plus prononcé sur l'hémisphère gauche, principalement à la partie moyenne de la face supérieure; la suppuration de la pie-mère y est très prononcée. La substance blanche a une teinte jaune-serin très clair, et, vers le centre, elle est très ramollie et piquetée en rouge par de petites suffusions san-

(1) Dumont, *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 61.

guines, comme pétéchiales. Au centre se trouve un petit caillot sanguin. Le lobe antérieur droit présente une altération analogue. Moelle épinière un peu ramollie vers la région cervicale. Petites taches grisâtres sur le péritoine; plaques de Peyer tuméfiées et rouges; quelques follicules de Brunner volumineux ([1]).

CVIII[e] Obs. — Femme, vingt ans. 8 septembre, faiblesse dans le bras et la jambe gauches, marche chancelante, chute. Le 14, la paralysie du mouvement se complète. La sensibilité persiste, la bouche se dévie à droite. Vomissements, stupeur. Réponses nulles ou très lentes. Langue peu mobile, rouge et couverte de plaques blanches. Pouls très petit, 56. Sang d'une saignée non couenneux. 18, roideur du bras gauche. Du 19 au 28, pouls de 80 à 100, puis à 72. Légère amélioration dans la motilité et l'intelligence. 29 et 30, pouls très fréquent, roideur plus grande, taciturnité, pleurs. 2 octobre, symptômes de pneumonie. Mort le 8. — Ramollissements très marqués de l'hémisphère droit au sommet du lobe cérébral antérieur, à la partie latérale et postérieure du lobe moyen et à la partie postérieure du lobe postérieur. Ces ramollissements sont bornés à la substance grise, qui est confondue avec les méninges, et forme avec elles une sanie rougeâtre, épaisse, répandue en nappe sur l'hémisphère. Poumon gauche hépatisé. Estomac marqué de points et de lignes rouges ([2]).

CIX[e] Obs. — Femme, vingt-trois ans, bonne santé avant sa grossesse. Alors, symptômes d'irritation pulmonaire, maigreur. A la fin du huitième mois, accès violents de dyspnée, toux. Céphalalgie intense, étourdissements, troubles de la vision, pesanteur des paupières, cuisson dans les yeux, stupeur, parole pénible, délire, face déviée à gauche, paupière de ce côté abaissée. Pupilles dilatées, déglutition impossible; mouvement continuel des mains et des avant-bras, plus prononcé à gauche; puis résolution des membres supérieurs, encore sensibles. Hoquet, respiration interrompue par instants. Mort le dix-huitième jour. (Opération césarienne.) — Sérosité en petite quantité dans l'arachnoïde, plus abondante dans la pie-mère; grosses veines de la surface du cerveau remplies de sang liquide. Ventricules dilatés par un liquide trouble, mêlé de petits flocons blancs. Substance cérébrale des parois ventriculaires très ramollie. Pus infiltré dans les mailles de la pie-mère, au devant des pédoncules cérébraux, pus concret sur les nerfs optiques et sur la face inférieure des lobes antérieurs. Les veines y sont remplies de sang noir concrété. La substance cérébrale y est

([1]) Duplay (service de Rostan), *Archives*, 1834, t. VI, p. 309.
([2]) Littré, *Journal hebdomadaire*, 1828, t. I, p. 212.

rouge et ramollie. Ramollissement dans le lobe antérieur gauche, rouge au centre, jaune à la périphérie; ramollissement du corps strié gauche. A la face inférieure du cervelet, sur chaque lobule du pneumo-gastrique, la pie-mère présente une tache rouge-foncé, avec coagulation du sang dans ses vaisseaux, jusqu'au noyau central du cervelet. Plaque rouge, analogue à la face supérieure de cet organe. Ramollissement de la moitié gauche du pont de Varole. Poumons tuberculeux [1].

CX[e] Obs. — Militaire, vingt-trois ans, robuste, bonne santé. Décembre, pendant quatre jours, courbature fébrile, troubles digestifs, sans vomissement; puis traits altérés, face vultueuse; réponses nettes, mais courtes; sentiment de fatigue; inappétence, céphalalgie. Pouls 110, de force moyenne, régulier, sans caractères spéciaux. Langue sèche, fuligineuse; constipation. Ni douleur abdominale, ni gargouillement, ni taches rosées. Insomnie, agitation, exaltation de l'intelligence et de la parole, sans divagation. Huitième jour, délire parfois violent, plus souvent tranquille; typhomanie. Dixième jour, assoupissement profond, aucun signe d'intelligence, pouls 100. Onzième jour, déviation des traits de la face entraînés à gauche; membres de ce côté immobiles, insensibles, en résolution complète; quelques réponses très imparfaites, pouls 96, régulier, faible, dépressible. Douzième, assoupissement. Mort le treizième. — Congestion considérable des veines méningiennes, état presque normal des méninges de la convexité. A la base, bulbe, protubérance, pédoncules et espace interpédonculaire, tapissés par une couche épaisse de matière crémeuse, jaunâtre, se prolongeant dans la scissure de Sylvius et dans les anfractuosités de la base. Ni granulations ni tubercules. 100 grammes de sérosité dans les ventricules latéraux. Hémisphères cérébraux de consistance et de structure normales, mais très injectés dans le centre ovale. Moitié droite de la voûte à trois piliers, couche optique et corps strié droits manifestement ramollis. Septum lucidum complètement détruit. Dernière moitié de l'intestin grêle et cœcum rougeâtres, plaques de Peyer tuméfiées, ramollies, pointillées de noir, quelques-unes ulcérées profondément. Ganglions mésentériques volumineux, violacés, nullement tuberculeux. Rate tuméfiée, noirâtre [2].

CXI[e] Obs. — Un couvreur était tombé d'un toit; il avait éprouvé parfois des maux de tête et des vomissements; du reste, aucun trouble dans la santé générale. Deux ans après, il était soldat.

[1] Ducrest, *Archives*, 1847, 4[e] série, t. XV, p. 18.
[2] Vallin, *Gazette médicale*, 1864, p. 24.

Le 20 novembre, douleurs dans la région surcilière, élancements dans les tempes, augmentés par les mouvements de la tête; puis abattement, gémissements, inspirations profondes, pouls misérable et très fréquent, intellect intact. Mort le 27. — Os du crâne injectés, corpuscules de Pacchioni du volume d'un pois à celui d'une noisette, avec adhésion des méninges sur les côtés du sinus longitudinal; sinus et méninges très injectés. Exsudation plastique jaunâtre, épaisse, sur la glande pituitaire et la face inférieure du cervelet. Cerveau ramolli vers le centre, ventricule droit rempli d'une masse plastique, ventricule gauche distendu par de la sérosité trouble. Sur le plexus choroïde et la couche optique, dépôts abondants de matière fibrineuse et purulente. Au niveau du genou du corps calleux et à gauche, cavité contenant du pus et communiquant avec le ventricule moyen; pus dans ce ventricule, et par l'aqueduc de Sylvius dans le quatrième ventricule (1).

CXII^e Obs. — Homme, vingt-quatre ans, vigoureux; bain froid, douleurs générales. Octobre, tout à coup, vertiges, céphalalgie, vomissement sanguinolent, stupeur, fièvre, délire, cris, agitation; rémission, retour du délire du 2 au 7 novembre. (Sulfate de quinine à grande dose; vésicatoire, séton, calomel, éther.) Vomissements, vision nulle, urines involontaires, strabisme, tympanite. Mort. — Pie-mère injectée et infiltrée de pus grisâtre et concret dans les scissures de Sylvius, sur le mésocéphale. Substance grise rosée à sa surface et un peu ramollie. Substance blanche pointillée. Plexus choroïde enflammé. Septum médian perforé. Trigone ramolli. Deux onces de sérosité dans les ventricules. Muqueuse gastro-intestinale rouge, épaisse (2).

CXIII^e Obs. — Homme, vingt-quatre ans, faible, lymphatique; nostalgie, anorexie, soif, céphalalgie, apathie. 22 mai, délire, plaintes, peau sèche, langue rouge, humide; pouls petit, mou, fréquent; respiration lente, urine brune. 24, œil gauche fermé, pupilles dilatées, tremblement, extrémités roides, fléchies; urines involontaires, respiration luctueuse, délire continu, face pâle, tête renversée en arrière, perte de connaissance, de sensibilité, de motilité; rétention d'urine. Mort le 28. — Sous l'arachnoïde, matière purulente disséminée sur les hémisphères cérébraux. La même membrane est épaissie vers la base. Substance cérébrale partout molle, surtout la moelle allongée, le corps calleux et la couche optique. Dans les ventricules latéraux, sérosité trouble, ainsi que

(1) Leinweber, *Medicin Zeit.* 1855, n° 24. (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 708.)
(2) (Service de Récamier.) *Lancette française*, t. II, p. 297.

dans le canal vertébral. Poumons presqu'à l'état normal. Rougeur de la muqueuse des intestins grêles et gros (1).

CXIVe Obs. — Soldat, vingt-cinq ans, bien constitué. 12 février, nausées, coliques, céphalalgie. 14, vomissements, douleurs épigastriques vives, face anxieuse, pouls filiforme, extrémités froides, ni crampes, ni contracture; intellect lucide. Constipation, langue effilée, rouge à la pointe et sur les bords, avec mucus grisâtre au centre; soif. Par moments, le malade porte les mains à la tête et au ventre, se tire les cheveux, grince les dents. Il accuse des douleurs vives de l'abdomen, dont les parois sont tendues; surface du corps un peu froide. Le soir, perte de la parole et de l'intelligence, pupilles dilatées, mouvements automatiques, décubitus latéral droit, tête renversée en arrière, pouls très faible, mains livides. Mort le 15 de bonne heure. — Traces de gastro-entérite. Cerveau normal à l'extérieur. Toute la face inférieure du cervelet est couverte d'une couche de pus jaune-verdâtre, à l'état crémeux et adhérent, difficile à détacher, ne se dissolvant pas et n'ayant laissé aucune tache sur les méninges qu'il recouvre. Dans le ventricule latéral gauche, une once et demie de pus fluide, bien lié, jaune verdâtre. Couche optique du même côté réduite en bouillie, paraissant être le foyer d'où le pus a coulé. Dans le ventricule médian, quelques gouttes de pus. Dans le ventricule droit, une once d'un fluide semblable. Plexus choroïde gris cendré, macéré, avec perte de substance en quelques points. Corne d'Ammon droite ramollie. Ventricule du cervelet plein de pus, sans altération de substance. Moelle et ses enveloppes saines (2).

CXVe Obs. — Célestin Bolin, âgé de vingt-cinq ans, né dans l'Ariége, peintre, de faible constitution, de tempérament sanguin (cheveux noirs, peau brune), atteint il y a deux ans de douleurs rhumatismales, qui furent combattues à l'hôpital par le moyen des bains sulfureux, est fatigué, depuis cinq jours, par une céphalalgie intense. Il a eu aussi de la fièvre et des douleurs lombaires.

Il se rend à l'hôpital Saint-André le 10 décembre 1856, et offre les symptômes suivants : Face colorée, céphalalgie vive, surtout à la région frontale; peau chaude, pouls plein, développé, fréquent, 96; langue blanche au centre, rouge à la pointe; pas de douleur abdominale, pas de diarrhée, pas de toux. Éruption légère, à la face interne des bras et au pli du coude, de papules qui ont été d'abord le siége de démangeaisons et dont quelques-unes présentent au sommet un petit point noir. On voit quelques autres papules sur l'abdomen; il y a de larges plaques rouges résultant de l'agglomération de

(1) Jac. Joan. Sas, *De Encephalitide*. Lugd. Bat., 1837, p. 39.

(2) Abeille, *Gazette des Hôpitaux*, 1849, p. 189.

ces papules sur le côté gauche de la poitrine et sur l'épaule droite. (10 sangsues à l'anus; lavement; pédiluves, chiendent, soupe.)

12, céphalalgie vive, surtout la nuit; étourdissement, vertiges, éblouissement, bourdonnements d'oreilles, langue blanche, constipation, haleine assez forte, pouls plein, 68; yeux sensibles à la lumière. (Lavement avec assa-fœtida, 2,0; camphre, 1,0; sinapismes aux pieds.)

13, les douleurs de la région frontale excitent des cris, des plaintes; face abattue, physionomie souffrante, pupilles resserrées, ventre un peu douloureux, pas de selles après le lavement, persistance des plaques papuleuses. Soir, peau chaude, pouls normal, céphalalgie très vive au front et aux tempes, langue blanche.

14, même état. (3 sangsues derrière l'oreille droite; lavement avec assa-fœtida et camphre; vésicatoires aux jambes; potion avec castoreum, 0,50; bouillon.) Soir, douleurs de la tête par moments très fortes, peau chaude, pouls plein, peu fréquent, 68; plaques blanches sur les gencives; deux selles.

15, céphalalgie surtout frontale par élancements, cris, pleurs excités par la souffrance, pupilles non dilatées, langue couverte d'un enduit jaunâtre, douleur épigastrique augmentée par la pression, gargouillement dans la fosse iliaque, constipation, ventre non tendu; l'exanthème a presque disparu. (Vésicatoire à la nuque.)

16, pas d'évacuations alvines, pas d'envies de vomir. (Calomel, 1,0; valériane en poudre, 1,60; à diviser en six doses : une toutes les deux heures.)

17, céphalalgie si vive qu'elle a excité des cris toute la nuit, délire; le malade a voulu se lever; langue rouge, selles après la quatrième dose du médicament prescrit; pupilles naturelles, pouls normal, rigidité dans les tendons, hoquet pendant la journée. (Petits vésicatoires volants sur le front et les tempes, pour les saupoudrer avec hydrochlorate de morphine, 0,01; musc, 0,20.)

18, pouls plein, peu fréquent, 68; pas de selles, cris de temps à autre, délire, insomnie opiniâtre, cris pendant la nuit. (Potion avec 10 gouttes de laudanum de Sydenham.) Un peu de repos après les deux premières cuillerées de la potion. Le soir, assoupissement, vomissement de matières verdâtres; le malade ne répond pas.

19, sensibilité exagérée, agitation. (Raser la tête; frictions avec pommade ainsi composée : onguent napolitain, 30,0; carbonate d'ammoniaque, 4,0. Potion avec cyanure de potassium, 0,05; lavement émollient, sinapismes aux pieds.) Le soir, pouls peu fréquent, 66, peu développé; peau ayant sa chaleur presque normale, pupilles non dilatées, cris dans la journée, mais moins réitérés; ventre dur, très douloureux; pas de selles, hoquet, langue rouge. (Lavements émollients et avec l'huile de ricin.)

20, hoquet toute la nuit, jactitation, pas de sommeil, pupilles resserrées, œil hagard, air hébété, pas de réponses, pas de signes d'intelligence, rétention des urines, pouls 64, pas de selles. (Cathétérisme; tisane de chiendent; cataplasmes sur le ventre; lavement avec sulfate de soude, 30 grammes.) Soir, langue sèche, pupilles dilatées, sensibilité exagérée, hoquet, pouls 68, pas de selles, ventre dur, douleur épigastrique, 24 respirations.

21, pouls à peu près normal, tremulus, claquement des dents, rétention d'urine, langue couverte d'un enduit blanchâtre, abdomen douloureux, pas de selles, pupilles non dilatées, pas de cris ni de délire dans la nuit. (Tisane de chiendent; potion avec cyanure de potassium, 0,03; lait, bouillon.) Soir, pouls 68, dur, pas de tremulus, pas de claquement des dents, mouvements vagues des bras, pas de cris, langue sèche, ventre indolore, pas de selles, rétention d'urine, pupilles normales.

22, yeux un peu injectés, langue sèche, abdomen indolore, pas de selles, parole inarticulée, prostration des forces, pouls 68, rigidité des muscles, grincement des dents, pupilles plutôt resserrées que dilatées, joues rouges, tête renversée en arrière, yeux tournés en haut. Le soir, respiration trachéale, 34 par minutes; pouls petit, fréquent, 84; prostration très grande, yeux fermés, pupilles resserrées, langue sèche, pas de selle; le malade ne se remue pas; il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

23, grincements des dents, langue sèche, rêvasseries, pas de selles, pupilles normales, pouls petit, peu fréquent, 72. (Tisane de chiendent; potion avec castoreum, 1,0; lait; lavement purgatif.) Soir, pupilles dilatées, pouls petit, serré, très fréquent, 130; peau chaude, cris plaintifs, respiration accélérée, trachéale; langue sèche; le malade ne répond pas; pas de selles. Mort le 24, à quatre heures du matin.

Nécropsie. — Adhérences entre les méninges, sur les côtés du sinus longitudinal supérieur. Arachnoïde et pie-mère très épaissies sur toute la surface inférieure du cerveau; infiltration purulente dans la pie-mère sur le chiasma des optiques. Teinte rougeâtre et comme ecchymotique de la paroi inférieure du troisième ventricule. 30 grammes de sérosité dans les ventricules latéraux. Voûte à trois piliers, septum lucidum ramollis. Substance corticale de la partie inférieure des hémisphères cérébraux de couleur rougeâtre foncée. Mésocéphale légèrement ramolli.

Sérosité abondante dans le péricarde. Cœur normal. Poumons sains, sauf quelques adhérences anciennes.

Foie d'un volume ordinaire, avec des taches blanc-jaunâtres à sa surface. Estomac et rate sans altération. L'intestin grêle, à 86 cen-

timètres avant sa terminaison, présente une petite tumeur née dans l'épaisseur des parois, ayant la forme et le volume d'un pois, faisant saillie dans la cavité intestinale; son tissu est jaunâtre, et n'offre ni cavité, ni apparence de matière tuberculeuse. Les ganglions mésentériques présentent quelques légers engorgements.

CXVI^e Obs — Fille, vingt-six ans; en juin, bronchite. 15 juillet, hémiplégie gauche avec exaltation de la sensibilité, parole conservée, douleurs partout, surtout à gauche. 19, coma, mutité, tête renversée en arrière, rotation convulsive des yeux, pupilles contractées, surtout la droite; face pâle, déglutition presque impossible, défécation involontaire, peau chaude, pouls souple, 102; mouvements involontaires du bras droit; quand on pince la jambe gauche, c'est la droite qui se meut d'abord, la gauche ensuite, mais faiblement. 20 juillet, pouls très fréquent, sueur abondante. Mort. — 2 onces de sérosité sanguinolente dans les fosses de la base du crâne. Un peu d'infiltration séro-purulente, entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur le lobe moyen gauche, où elles adhèrent un peu à la substance cérébrale, recouverte de matière purulente d'un jaune grisâtre. Ramollissement de la voûte et du septum. Épanchement de sang dans le ventricule droit avec érosion du plancher de ce ventricule, provenant d'une lésion du corps strié, qui a une teinte jaune sablée de rouge et qui paraît être le siége de l'exsudation sanguine. Sorte d'apoplexie capillaire de la couche optique voisine. État analogue des tubercules quadrijumeaux droits. Poumons légèrement tuberculeux. Quelques taches ecchymotiques dans la muqueuse gastro-intestinale [1].

CXVII^e Obs. — Femme, vingt-six ans, accouchée depuis dix mois, nourrice; elle sèvre et se purge. Tristesse entretenue par de fâcheux souvenirs, maux de tête, oblitération de l'intelligence, faiblesse musculaire, dilatation des pupilles, sensibilité émoussée, pouls lent, puis fréquent; dysphagie; incontinence, puis rétention d'urine. Mort rapide. — Deux petites excavations sur les côtés de la ligne médiane, creusées à la surface interne du crâne, logent des excroissances qui s'élèvent des méninges à travers la dure-mère (glandes de Pacchioni). Vaisseaux méningés injectés. Arachnoïde sèche. Circonvolutions turgescentes. Pie-mère infiltrée de matière fibrino-albumineuse et de liquide d'aspect purulent, principalement sur le trajet des gros vaisseaux. Cette exsudation est très abondante sur le chiasma des optiques, le troisième ventricule, les scissures de Sylvius et la protubérance. Substance corticale ramollie, enlevée comme une bouillie. Même état des organes de la région centrale et

[1] Bally, *La Clinique*, 17 octobre 1829, p. 180.

jusqu'aux corps striés et couches optiques, plus à droite qu'à gauche. Entre l'arachnoïde et la pie-mère spinales, à la partie inférieure de la moelle qui est saine, infiltration d'une sérosité trouble, d'un aspect gommeux. Matrice volumineuse; sa cavité contient du sang coagulé (1).

CXVIII^e Obs. — Fille, vingt-six ans; fistule au pied droit, carie osseuse; amputation du cinquième métatarsien. Quelques jours après, frissons, fièvre, douleur épigastrique, inappétence, vomissement, abcès sur le dos du pied droit. Paralysie successive du bras et de la jambe gauches. Mouvements convulsifs des doigts, céphalalgie intense du côté droit. Pas de déviation de la face. Pommette droite très rouge, la gauche pâle. Intellect et parole dans un état normal. Pouls peu fréquent, plein, fort; vomissements. Constipation, pupilles dilatées, immobiles. Céphalalgie très intense, joue droite pâle. Quatrième jour, parole difficile. Sixième, pouls très fréquent, résolution générale. Mort. — Surface du cerveau d'un gris-verdâtre sur la partie supérieure du lobe moyen droit, où se trouve un abcès du volume d'un œuf de poule. Il contient un fluide lactescent, mêlé de grumeaux blancs, et au fond un pus mieux lié. Ce foyer, tapissé par une pseudo-membrane, communique avec le ventricule latéral droit, contenant un fluide de même nature. Autour du foyer, la substance cérébrale est piquetée et d'un jaune-verdâtre; liquide trouble dans le ventricule gauche, couche optique et corps strié des deux côtés superficiellement ramollis, pus concret sur le plexus choroïde droit. Tubercules quadrijumeaux recouverts d'une fausse membrane purulente. Liquide de même nature dans le quatrième ventricule. Face inférieure du cervelet, pont de Varole, commissure des nerfs optiques, moelle épinière à sa face postérieure, depuis la deuxième vertèbre cervicale jusqu'à la queue de cheval, recouverts d'une couche de matière purulente sous l'arachnoïde. Perforation de l'estomac et du diaphragme (2).

CXIX^e Obs. — Un chirurgien au service de la Compagnie des Indes, âgé de trente-cinq ans, d'habitudes régulières, boit pendant quelques jours beaucoup de bière contre son ordinaire, et s'expose au soleil en partant de Hong-Kong. Le 23 juin, il éprouve une légère céphalalgie, avec tendance au vomissement; bientôt après surviennent les symptômes d'un léger delirium tremens. Pouls normal, faible. Langue humide et tremblante. Insomnie, malgré l'emploi des narcotiques. 26, céphalalgie légère. 27, sommeil pendant cinq heures. 29, chute rapide des forces, pouls à peine perceptible,

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 206.

(2) Littré (service de Boyer et Roux), *Journal hebdomadaire*, 1829, t. IV, p. 452.

sueur abondante. Mort le soir même. — Dure-mère épaisse, arachnoïde opaque et pie-mère recouverte de plaques de lymphe coagulable, infiltration séreuse sous l'arachnoïde, et, à sa surface, légère exsudation purulente en quelques points. Ventricules pleins de sérosité. La surface du cerveau est recouverte de petits globules de pus; sa couleur est normale, mais sa substance est partout ramollie, adhérant aux doigts par la plus légère pression (1).

CXXe Obs. — Homme, trente-six ans. Novembre, perte de connaissance, membres supérieurs et inférieurs des deux côtés fortement fléchis et agités de mouvements convulsifs, résistant à l'extension. Bouche entr'ouverte, sans déviation et couverte d'écume, yeux ouverts et renversés, pupilles presque insensibles, pouls dur et très fréquent. Sueur abondante et visqueuse, déglutition difficile. Troisième jour, cessation des mouvements convulsifs, mais soubresauts des tendons; sens moins obtus, quelques mots mal articulés, extrémités toujours froides, langue sèche. Quatrième jour, roideur du côté gauche. Cinquième, peau jaune, urines déposant un sédiment blanc et léger, sueur. Sixième, mouvements plus faciles, parole plus libre, douleur à l'épaule gauche. Septième, amélioration, mais membres gauches comme paralysés et dans un état de roideur permanente. Tête inclinée sur l'épaule gauche et face tournée à droite. Neuvième, le malade se lève, se promène; il meurt tout à coup. — Sérosité abondante et épaisse entre l'arachnoïde et la pie-mère, surtout à droite. Ramollissement de la substance grise du lobe moyen droit, dans la substance blanche subjacente, qui est très molle et contient plusieurs petits foyers de pus blanc et fluide. Pus également réuni en plusieurs foyers dans le corps strié voisin; la substance grise des circonvolutions et du corps strié est aussi blanche que le centre ovale. Sérosité trouble, lactescente dans les ventricules, dont la membrane interne est épaissie et granulée. Foie sain, mais gorgé de sang; beaucoup de bile épaisse dans la vésicule (2).

CXXIe Obs. — Jean Dejean, âgé de trente-huit ans, natif de Chancelade (Dordogne), marié, terrassier, de haute stature, de constitution athlétique, cheveux noirs, peau brune, reçut le 22 février 1839, en travaillant dans une carrière, un éboulement de terre mêlée de pierres; il fut renversé. Admis le 27 à l'hôpital Saint-André, il se plaint de tout le côté droit du corps; les mouvements du tronc sont très difficiles, l'inspiration est incomplète et douloureuse; il y a une légère matité à droite du thorax. (Saignée du bras.)

(1) Haire, *Dublin quarterly Journal of med. Sciences*, 1852, may, p. 488.
(2) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 119.

1er mars, céphalalgie, face colorée, contraction spasmodique de presque tous les muscles, principalement de ceux du côté droit; tête déviée de ce côté, perte du sentiment, facultés intellectuelles comme engourdies; parole difficile, embarrassée. (Saignée du pied, 20 sangsues à la base du crâne, sinapismes aux membres inférieurs.) — 2. Pouls petit, inégal; paroles gênées, incohérentes. (Sulfate de quinine, 60 centigr.) — 3. Parole moins difficile, pas de douleur, cessation des mouvements spasmodiques. (Même traitement.) — 4. Exacerbation des symptômes, mouvements spasmodiques, intellect obtus, pouls plein, fréquent. (Saignée du bras; sulfate de quinine, 50 centigrammes; cataplasmes sinapisés aux pieds.)

6. Intelligence moins obtuse, parole plus distincte, douleur vive dans le côté droit de la poitrine, absence de la respiration de ce côté jusque sous l'aisselle, matité à la percussion, langue recouverte d'un enduit blanchâtre. (20 sangsues sur le point douloureux, vésicatoires aux jambes; potion avec tartre stibié, 30 centigrammes.)

7. Dyspnée intense, pouls très petit, lèvres bleuâtres. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2 grammes.) Le soir, anxiété extrême, respiration précipitée, pouls imperceptible. — Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Roideur cadavérique. Vaisseaux des méninges gorgés de sang, caillots fibrineux dans les sinus de la dure-mère, adhérence intime des deux feuillets de l'arachnoïde sur le lobe antérieur gauche du cerveau, union étroite de cette membrane avec la pie-mère. Ces méninges sont très épaisses, rouges, et leurs vaisseaux sont très injectés. La surface du cerveau correspondant à cette phlegmasie est ramollie, d'un gris rougeâtre et imbibée d'un liquide trouble, de couleur jaunâtre et d'aspect purulent. En passant le dos du scalpel sur cette surface, on fait ruisseler ce liquide, et il reste une trame molle et comme anfractueuse. Cette altération ne dépasse pas la substance corticale; les autres parties de l'encéphale sont dans un état à peu près normal. Pleurésie droite, avec épanchement séro-purulent considérable. Cœur gorgé de sang; commencement d'ossification de l'une des valvules sigmoïdes de l'aorte.

CXXIIe Obs. — Femme, trente-neuf ans, cou court, taille élevée; première congestion cérébrale dissipée; quelque temps après, céphalalgie, suppression des règles, étourdissements et gêne des mouvements du côté gauche. On donne l'émétique; aussitôt, perte de la parole, perte de connaissance. 28 octobre, décubitus sur le dos, face peu animée, conjonctives injectées, pupilles immobiles, un peu resserrées; commissure droite des lèvres retirée, persistance de la sensibilité des membres, paralysie avec roideur de ceux du côté

gauche, roideur de ceux du côté droit. Respiration bruyante, pouls dur. Mort pendant la nuit. — Face interne de la dure-mère louche en beaucoup de points. Arachnoïde viscérale épaissie, opaque, ayant une teinte verdâtre. Pus infiltré dans la pie-mère. Les méninges sont moins enflammées vers la base du cerveau, et à l'état normal sur le mésocéphale; mais leur inflammation est prononcée sur la face supérieure du cervelet. L'hémisphère droit du cerveau, volumineux, contenait deux abcès, l'un sur la limite des lobes antérieur et moyen, l'autre entre les lobes moyen et postérieur. Le premier, du volume d'une noix, renferme un fluide grisâtre et puriforme. Ce foyer était formé par une matière pultacée, grisâtre, traversée par le réseau vasculaire rougeâtre du parenchyme cérébral. Sa cavité a un aspect lanugineux, parsemé de points rouges résistant à la pression du doigt. Les parois du foyer sont plus denses que la substance cérébrale environnante; elles ont trois lignes d'épaisseur, une couleur rosée et sont parsemées de points d'un rouge vif. Le second abcès ressemble au premier. L'un et l'autre étaient formés aux dépens de la substance corticale et de la substance médullaire [1].

CXXIII[e] Obs. — Femme, quarante ans, faible constitution, menstruation régulière; depuis deux ou trois mois, malaise, céphalalgie, inappétence. 24 octobre, fièvre, enduit blanc de la langue, douleurs de tête intenses. (Émissions sanguines.) 31, chute de la paupière supérieure, avec paralysie de l'oculo-musculaire commun et du moteur externe, et pupille du côté gauche dilatée; vue non altérée, membres non paralysés, intelligence intacte, somnolence. 5 novembre, bouche déviée à droite. 8, hémiplégie gauche, pas de contracture, coma, quelques cris. 24, pouls fréquent, développé; face rouge. 27, mort. — Adhérence mutuelle des feuillets de l'arachnoïde, près de la scissure de Sylvius du côté droit. Lobe moyen ramolli en devant, contenant un pus verdâtre, épais; pie-mère épaissie et avec infiltration purulente entre les pédoncules cérébraux et sur la protubérance. Dans le lobe moyen droit, près la scissure de Sylvius, abcès du volume d'une noix; dans le lobe antérieur droit, autre abcès, gros comme une noisette, contenant un pus épais, verdâtre. Dans le corps strié droit, quatrième foyer de même grosseur; les parois de ces foyers sont formées par une membrane blanchâtre, parsemée de vaisseaux. Parenchyme cérébral périphérique sain [2].

CXXIV[e] Obs. — Homme, quarante-deux ans, robuste; il a reçu, étant au service, plusieurs blessures à la tête. Récemment, cépha-

[1] Martin Solon, *Nouveau Journal*, 1821, t. XI, p. 423.
[2] Labric, *Bulletin de la Société anatomique*, 1851, p. 378.

est épaissie par un dépôt de matière plastique; elle est rouge et injectée. Couche optique gauche ayant le double de son volume ordinaire et comprimant les pédoncules cérébraux, ainsi que la troisième paire des deux côtés, et principalement à gauche. Corps strié sain, mais un peu comprimé. L'augmentation de volume de la couche optique est due à un dépôt de matière molle, gélatineuse et presque purulente; dans son tiers postérieur, cet organe est induré et il contient un petit kyste de la grosseur d'un pois, où se trouve du pus. Cette portion indurée, examinée par M. Lionel Beale, contient une forte proportion de phosphates ([1]).

CXXIX[e] Obs. — Homme, cinquante ans, fortement constitué. Novembre, céphalalgie intense continue, insomnie, constipation. Vers le quinzième jour, vomissements, diarrhée, pas de paralysie, les mouvements imprimés à la tête sont très douloureux; gémissements continuels, pouls développé, évacuations volontaires, roideur du cou et tête inclinée à gauche, face colorée, intelligence et parole conservées. Mort le trentième jour de la maladie. — Pie-mère très injectée autour de la protubérance et des pédoncules; elle est infiltrée de pus épais, blanc verdâtre. Substance cérébrale grise extérieure rosée un peu molle. Substance médullaire pointillée en rouge vif. Deux onces de pus dans les ventricules, dont la membrane interne est injectée. Érosion en dehors de la couche optique gauche, semblable à un bourbillon celluleux. Abcès dans le corps strié du même côté. Cervelet non ponctué en rose. Organes thoraciques et abdominaux sains ([2]).

CXXX[e] Obs. — Homme, soixante-seize ans, de constitution apoplectique, trouvé le 31 mars sans connaissance. Perte du mouvement et du sentiment des membres gauches, à demi-fléchis, roides, contractés et résistant à l'extension; mouvements libres du côté droit, la main est souvent portée au nez; bouche entr'ouverte, langue sèche et noire, yeux fermés, respiration paisible, pouls développé, ouïe un peu dure, intellect obtus. Légère amélioration; sens et intelligence plus éveillés. 4 avril, affaissement, engourdissement. Mort le 6. — Adhérence intime du crâne et de la dure-mère. Sérosité abondante sous cette membrane, qui cependant adhère à droite à l'arachnoïde par une couche mince de substance couenneuse peu consistante. L'arachnoïde y est épaissie, et la pie-mère adhérente, dans une grande étendue, avec la substance grise des lobes moyen et postérieur. Sur ces points, la substance cérébrale est d'un blanc sale et tellement diffluente, qu'elle s'enlève avec les membranes et

([1]) Rob. Bentley Todd, *Clinical Lectures*, 1861, p. 622.

([2]) (Service de Borie, Hôtel-Dieu.) *Lancette française*, 1829, t. II, p. 288.

retombe en gouttes comme du pus épais. Vers la partie supérieure du lobe postérieur droit, on trouve du véritable pus. A la partie inférieure du lobe moyen droit, une petite quantité de sang est infiltrée dans la substance grise ramollie. Les vaisseaux y sont dilatés. Les autres points conservent l'état normal (1).

§ IV. — Méningo-encéphalite aiguë des adultes avec formation de fausses membranes.

On ne peut contester l'aptitude des méninges à devenir le siége d'une production néo-membraneuse sous l'influence d'une phlegmasie aiguë; mais le plus souvent la mort n'a lieu que longtemps après et lorsque la maladie a cessé d'être à l'état aigu. Aussi sera-ce à l'occasion de la méningo-encéphalite chronique que se présenteront en foule les cas de coïncidence de fausses membranes. Je ne cite les exemples suivants que comme preuves de l'existence de néo-membranes dans la méningo-encéphalite de date récente.

CXXXI^e^ Obs. — Femme, soixante-trois ans, aliénée, paralysée de la jambe droite, 30 mars, attaque d'apoplexie, suivie de perte incomplète des fonctions des sens, de la sensibilité et de la motilité. Amélioration; mais face jaune, altérée, céphalalgie, langue sèche et brune, pouls fréquent, dyspnée. 12 avril, joues et menton colorés, ecchymose noirâtre de l'œil gauche. Délire continuel, efforts pour sortir du lit, insomnie; respiration fréquente, expiration bruyante, pouls fréquent et mou. 18, insensibilité, immobilité, râle, joues soulevées par l'air expiré. Mort le lendemain. — Rougeur vive du feuillet pariétal de l'arachnoïde et jaune-rouge en certains points, fausse membrane recouvrant toute cette surface; quelques adhérences de l'extrémité antérieure des ventricules cérébraux. Corps striés, couches optiques, pédoncules cérébraux dans un état de ramollissement pultacé. En divers points, la substance cérébrale est brune et noirâtre. Cervelet mou. Calamus scriptorius oblitéré à sa partie supérieure. Moelle allongée consistante et saine. Hépatisation du poumon gauche (2).

CXXXII^e^ Obs. — Femme, quatre-vingt-sept ans; pneumonie; pas de symptômes cérébraux notables, prostration profonde, face pâle,

(1) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 106.
(2) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 110.

dans l'état normal, langue blanche au centre, amertume de la bouche, vomissements des aliments, douleur à l'épigastre, selles régulières, point de toux. (Sinapismes aux pieds; tisane d'orge; lavement avec camphre, 0,30.)

21, moins de céphalalgie, coryza, pouls calme, sensibilité à l'épigastre. (Deux ventouses scarifiées sur cette région; sinapismes aux pieds; lavement camphré.) 22, mieux; moins de céphalalgie et de douleur épigastrique, langue un peu sèche.

23, le malade s'est levé, a mangé. Céphalalgie très intense, tête chaude; vertiges, point de douleur à l'épigastre, pas de vomissements, pouls plein, fréquent, 80. (Saignée de la temporale; cataplasmes sinapisés aux pieds; tisane de chiendent; bouillon.)

24, la saignée n'a fait couler qu'environ 60 grammes de sang; le malade divague, sa langue est rouge, très sèche; il ne se rappelle pas avoir été saigné hier; pouls plein, fréquent, large; peau assez chaude, face colorée. (Saignée de la jugulaire; elle donne un sang dont le caillot est mou et non couenneux; vésicatoires aux jambes; tisane de chiendent; petit lait, un verre; lavement émollient.)

25, la céphalalgie a cessé; le malade a eu du délire; toute la nuit il s'est levé; ce matin, il a de l'exaltation dans les idées, mais il répond assez bien aux questions qu'on lui adresse; le pouls est calme. Soir, pouls fréquent, 90; paroles incohérentes, yeux fixes; pas de douleur de tête.

26, délire violent; le malade s'est emparé d'une bouteille, qu'il a brisée sur son front; un morceau de verre a divisé l'artère temporale, qui a fourni une grande quantité de sang; hoquet, pouls faible, non fréquent; le malade ne reconnaît personne; on est obligé de lui mettre la camisole de force; langue sèche, pas de soif, pas de réponses, mais paroles vagues; point d'évacuations alvines. (Poudre de Vienne à la nuque; potion avec : infusion de valériane, 100 gr.; sulfate de quinine, 0,60; camphre, 0,15.) Soir, pouls mou, peu fréquent, 76; hoquet, urines involontaires, point d'évacuations alvines; le malade refuse de tirer la langue; les lèvres sont sèches, le délire est calme; on a pu enlever la camisole de force; la sensibilité et la motilité sont intactes; yeux fixes, pupilles un peu contractées, paroles confuses, peu intelligibles.

27, roideur des membres, pupilles un peu contractées; le malade ne répond pas, ne montre pas sa langue; par moments, il a une sorte d'agitation spasmodique, ses mouvements sont automatiques; constipation, pouls faible, un peu fréquent; hoquet; la paupière supérieure gauche est le plus souvent abaissée. (Lavement avec assafœtida et camphre.) Soir, hoquet, yeux fermés, lèvres sèches, pouls

assez développé, 80; urines involontaires; le malade ne donne aucun signe d'intelligence; contracture des membres.

28, hoquet presque incessant, mouvements désordonnés des membres, mouvements spasmodiques des membres supérieurs plus fréquents, pouls accéléré, chaleur de la peau, pupilles dilatées, soubresauts des tendons, urines involontaires. (Potion avec : infusion de valériane, 100; musc, 0,30.) Marteau de Mayor en trois points sur les attaches du diaphragme. Le soir, perte de connaissance; le hoquet a cessé; pouls fréquent, convulsions générales.

29, pouls presque insensible; le hoquet, qui avait cessé immédiatement après les applications du marteau, est revenu; déglutition très difficile. Le soir, courte agonie et mort.

Nécropsie. — Flaccidité des membres; taches et ecchymoses sur le tronc.

Peu de sang dans les téguments du crâne. Les os ont leurs apparences normales. Les vaisseaux qui rampent sur la convexité du cerveau sont fortement engorgés. Méninges rouges, surtout à la base; elles sont trés épaissies. Sur la décussation des nerfs optiques existe une infiltration d'un liquide jaunâtre, d'aspect purulent. Les circonvolutions sont aplaties. La substance cérébrale est peu ramollie et a pris une teinte jaunâtre avec pointillé rouge très distinct. Les ventricules latéraux sont distendus par 80 grammes de liquide épais. La voûte à trois piliers est ramollie. Les lames du septum lucidum sont écartées par de la sérosité; elles sont, en outre, entièrement ramollies.

Dans la plèvre droite, épanchement d'un liquide séreux avec concrétions membraniformes jaunâtres épaisses. Poumons sains, mais engouement et état œdémateux vers la base. Le cœur est normal. L'estomac est rouge le long de la petite courbure. Foie gorgé de sang; mais son tissu, ainsi que celui de la rate, n'offrent rien d'extraordinaire.

CXXVIII^{e} Obs. — Forgeron, quarante-neuf ans, douleurs dans la région pariétale gauche, affaiblissement de la vue, souvent diplopie. Après un mois, roideurs spasmodiques, puis perte du mouvement et du sentiment aux membres droits, surtout au bras; rigidité des muscles de ce membre; il y a aussi paralysie du côté droit de la face; yeux dirigés en bas et agités de mouvements convulsifs et irréguliers; pupilles inégales, la droite plus large; langue déviée du côté gauche; peu à peu il y a rétraction des doigts de la main et de l'avant-bras droits; altération de la mémoire et de l'intelligence (il n'est pas fait mention de perte de la parole). Mort, précédée pendant deux jours par un état comateux. — Pie-mère malade dans le point où elle se réfléchit pour pénétrer dans les ventricules; elle

facultés obtuses. Mort. — Fausse membrane mince sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, du côté gauche, avec petites taches rouges, sanguines, sous-jacentes, constituées par des caillots extrêmement minces. Pie-mère infiltrée de sérosité. Cerveau injecté. Corps strié offrant à son côté externe un ramollissement rouge très vif, analogue à une fraise écrasée (1).

§ V. — Méningo-encéphalite aiguë des adultes, avec apparences de gangrène.

CXXXIIIe Obs. — Homme, vingt-six ans, lymphatique, travaillant aux fortifications d'Anvers. Accès fébriles intermittents, avec symptômes cérébraux, surdité, otite droite. Mort subite le quinzième jour. — A l'ouverture du crâne, odeur d'une extrême fétidité. Pus dans les fosses occipitales et jusque dans le canal rachidien. Parois du sinus latéral droit noires, épaisses, friables; cavité du sinus distendue et oblitérée par une masse puriforme, circonscrite par du sang coagulé; coagulation étendue jusque dans les veines afférentes. A la base de l'encéphale, depuis le cervelet jusqu'aux lobes antérieurs du cerveau, coloration ardoisée ou bleuâtre, et tout à fait noire. Ces parties, et surtout le cervelet, exhalent une odeur de gangrène. Le lobule du pneumo-gastrique, le vermis inferior, la base du cervelet sont noirs, infects et très ramollis (2).

CXXXIVe Obs. — Maçon, vingt-huit ans, légères affections rhumatismales. Fin de novembre, sentiment de profonde lassitude dans les membres. Pouls fréquent, face rouge, dyspnée, douleur dorsale s'étendant au bassin et aux cuisses. Opisthotonos, convulsions partielles de la face, sueur générale, constipation; ventre distendu, mais indolent. Rémission pendant quelques heures, puis recrudescence. Tremblement, roideur générale, avec perte de la sensibilité aux jambes et aux cuisses; crampes, distension de la vessie par l'urine; pénis retiré et dûr, agitation; puis coma, petitesse du pouls, froid des extrémités, insensibilité des membres inférieurs, qui sont agités de légères convulsions. Dyspnée, sueur générale, délire fugace, loquacité, crampes générales; retour de la connaissance. Mort le 9 décembre au milieu de violentes convulsions accompagnées de cris. — Sinus veineux du canal vertébral gorgés de sang. Arachnoïde spinale opaque, d'un blanc jaunâtre, séparée de la

(1) Durand-Fardel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 261, p. 37.

(2) Decaisne, médecin de l'hôpital d'Anvers. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1864, t. XXIX, p. 627.) La Commission de l'Académie de Médecine, dont M. Robin est l'organe, reconnaît dans ce cas la gangrène de l'encéphale.

pie-mère par un fluide laiteux, purulent; celle-ci est très injectée et recouverte, dans toute sen étendue, par une exsudation albumineuse, concrète, de deux lignes d'épaisseur. Ces parties exhalent une odeur de gangrène; mais la substance même de la moelle n'offre aucune altération. Arachnoïde cérébrale saine, excepté aux environs de la protubérance annulaire, où elle est un peu opaque. Cervelet piqueté à sa surface de points rouge-gris, ramolli et diffluent dans toute son épaisseur, avec teintes noires, jaunes et blanchâtres. Il répand une odeur très prononcée de gangrène. Substance blanche du cerveau ponctuée, la grise normale [1].

CXXXV^e Obs. — Homme, trente-sept ans, exposition à un soleil ardent, puis natation dans l'eau froide. Douleur violente à la partie postérieure et gauche de la tête, fièvre légère, sens intacts, grande soif, insomnie. En mettant une main sur le front et l'autre sur l'occiput, on sent des battements dans le crâne. Urine dès le principe épaisse et blanche. Quatrième jour, apparition d'une tumeur dure sur le côté droit de la langue. Septième jour, délire, sueur, résolution des forces, loquacité, tremblement. Dixième, formation à la nuque d'une tumeur volumineuse et sans changement de couleur de la peau. Onzième, convulsions, mort. — Vaisseaux du crâne et des méninges pleins d'un sang fluide, très abondant et noir. A la partie postérieure du cerveau, près du pressoir, les méninges ont une couleur noire, un aspect gangréneux, et cette partie du cerveau incisée fournit environ six onces de pus très fétide. La base du cerveau, le cervelet et la portion de la moelle qui correspond aux premières vertèbres, offrent aussi les apparences de la gangrène; et, de plus, les méninges du côté gauche ont de petites érosions qui paraissent avoir laissé passer du sang [2].

Résumé des faits de méningo-encéphalite aiguë des adultes.

Ces faits sont au nombre de 102.

I. La méningo-encéphalite aiguë des adultes diffère beaucoup sous le rapport du *sexe* de celle des enfants. Elle a offert 66 cas fournis par le sexe masculin et seulement 36 par le sexe féminin.

II. Cette maladie s'est montrée surtout dans l'*âge* moyen

(1) Menière, dans Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 252.

(2) Rivière, *Opera omnia*. Lugduni, 1679, p. 565. *Observationes communicatæ ab Henrico Rufo medico apud gratianopolitanos conscripto*, obs. 2ª, — et Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 38, obs. LXXVIII.

de la vie, de 21 à 50 ans. Voici comment les faits se distribuent :

De 15 à 20 ans	10
De 21 à 30	31
De 31 à 40	15
De 41 à 50	22
De 51 à 60	4
De 61 à 70	6
De 71 à 80	11
Au-dessus de 80 (87 ans)	1
	100

III. La *constitution* s'est montrée le plus souvent forte, sanguine, pléthorique, rendue robuste par l'habitude des travaux pénibles, par la vie militaire, etc. Quelques sujets étaient chargés d'embonpoint (XCIV, CIII); d'autres étaient faibles, grêles, lymphatiques, nerveux.

IV. Plusieurs genres de *maladies antérieures* ont paru n'être pas absolument étrangers au développement de la méningo-encéphalite. On peut citer :

Les anciennes blessures à la tête, ayant laissé cette partie plus susceptible.

Les diverses vésanies, hallucinations, manie, monomanie, démence (XLVIII, LXIX, LXXX, LXXXVI, LXXXIX, XC, XCII, XCVI, CXIII, CXXVI, CXXXI).

Les érysipèles de la face et du cuir chevelu, surtout quand ils se sont reproduits plusieurs fois, et qu'ils ont été suivis de céphalée (LIII, LXXII).

Les congestions cérébrales, à leurs divers degrés et sous leurs diverses formes.

L'épilepsie existant depuis plusieurs mois ou plusieurs années (LXV, LXXVIII).

Les affections du cœur, hypertrophies, rétrécissements des orifices, productions calcaires, etc. (LXVII, LXVIII, LXX, XCI, XCVI, CXXVI).

Des affections rhumatismales, dont le premier effet a été parfois de provoquer une péricardite ou une endocardite (L, LXX, XCII).

Des maladies qui consistent surtout en une altération du sang, comme la chlorose, le scorbut (XLVII, C).

La fièvre typhoïde. C'est dans la convalescence de cette maladie (LIV, LV, LVIII, LIX), et quelquefois pendant son cours (XLIII, LVI), que la méningo-encéphalite s'est manifestée. Les observations de Beau sont peu détaillées. Elles n'en sont pas moins dignes d'attention.

Les troubles de la menstruation (XLII, XLVII, LI, LIII, LXXXVIII, CXXII), la grossesse (CIX), l'état puerpéral et ses suites (LII, LXVIII, LXXIV, CXVII), ont paru, dans quelques cas, avoir contribué à sa production.

V. Parmi les *influences hygiéniques* défavorables qui ont pu provoquer son développement, on peut citer les suivantes :

Une atmosphère très chaude. Ainsi, on a vu des moissonneurs ou d'autres individus être atteints après de grandes fatigues prises à l'ardeur du soleil (XXXIV, XL, LXXXI); de même, des individus soumis à cette influence pendant leur sommeil (LXXII), ou allant se baigner à l'eau froide après s'y être exposés (CXXXV).

Le refroidissement subit ou prolongé de la périphérie du corps (LIV, LXII, LXXV, CXII).

Toutefois, les températures extrêmes n'ont pas été les causes les plus constantes de la méningo-encéphalite aiguë, comme le prouve le relevé suivant des mois pendant lesquels cette maladie a fait le plus souvent invasion :

Le mois de	janvier	a donné	....	6 cas.
—	février	—	....	9 —
—	mars	—	....	9 —
—	avril	—	....	6 —
—	mai	—	....	3 —
—	juin	—	....	7 —
—	juillet	—	....	5 —
—	août	—	....	4 —
—	septemb.	—	....	5 —
—	octobre	—	....	7 —
—	novembre	—	....	7 —
—	décembre	—	....	5 —

Les mois de février, mars, et ensuite ceux de juin, octobre et novembre, sont les plus chargés, et ce ne sont ni les plus chauds ni les plus froids; tandis que ceux de décembre et août le sont moins. Mais les différences sont trop peu tranchées pour servir d'élément étiologique.

D'autres genres de causes ont été signalées :

La privation de la quantité nécessaire d'aliments (XL, LVI, LXXI), et plus souvent les écarts de régime et surtout l'abus fréquent des spiritueux (LX, LXIII, LXVII, LXIX, LXXII, LXXVI, LXXIX, LXXXI, CIII, CXIX). Dans quelques circonstances, une vive stimulation des organes digestifs a fait naître presque immédiatement la maladie. Tel a été le résultat de l'administration du vin chaud sucré (LXXXII), d'un vomitif seul (LII, CXXII) ou suivi de fortes doses d'eau-de-vie (LXXIX).

Enfin, les affections morales vives et pénibles (XXXVII, XLV, LI, LV, LXIV, LXXIII, LXXXIX, CXVII).

VI. Dans un grand nombre de cas, la méningo-encéphalite aiguë des adultes a été précédée par des symptômes ou des états morbides qui pourraient être considérés comme *prodromes* de cette maladie. On peut citer comme tels la céphalée, les vertiges, les étourdissements, qui devancent si souvent l'apparition des diverses affections graves de l'encéphale; des troubles persistants ou passagers de l'action des sens, la diplopie, l'obscurcissement de la vue (CVII, CXXVIII), de l'ouïe (CXXXIII); des phénomènes de surexcitation intellectuelle, l'agitation, l'insomnie (LXV, LXVI, CXXVI), ou des indices de prostration morale (XXXVII, LI, LX); des troubles partiels, fugaces ou prolongés dans les actes de la locomotion, comme la faiblesse, l'engourdissement d'un membre (LI, LXVII, LXXXI, CI); des mouvements insolites (LXXI), des spasmes variés, hystériformes (XLVII), etc.

VII. L'*invasion* de la méningo-encéphalite aiguë s'est effectuée tantôt par une augmentation successive des symptômes, ou par l'apparition soudaine de phénomènes inattendus, comme des convulsions générales (LII, LXVIII, LXXI, LXXVI, LXXXV, CXXX, CXXXI), un délire violent (LXXV, LXXXI),

de connaissance (LXXVI, LXXXVI, XC, CI, CII,
alysie instantanément produite (XCVI,
parole sans perte de connaissance

méningo-encéphalite aiguë offre
appartenant à l'un et à l'autre des
e est la combinaison; symptômes,
gues déjà dans les deux modes patho-
ésentent.
qui, une douzaine de fois, s'était montrée
nène précurseur, s'est produite dans la moitié
me l'un des symptômes les plus prononcés de la
lle occupait toute la tête, ou bien était bornée au
la région sus-orbitaire, à une région pariétale ou à
ut. Elle était permanente, avec redoublements,
pesanteur, chaleur à la tête, battements dans le crâne, ertiges, étourdissements. Par le nombre des cas indiqué, on s'aperçoit que ce symptôme est loin d'être constant. Il est vrai que la suspension ou la perturbation des actes intellectuels a souvent empêché les malades de rendre compte de leurs sensations.

IX. La *perte de connaissance,* qui avait eu lieu quelquefois au début de la maladie, s'est encore produite pendant son cours. C'est ce qu'on a constaté dans 13 cas.

Mais, d'autres fois, l'intellect des malades s'est maintenu lucide (XLIII, LXXIV, XCII, XCIX, CXI, CXIV, CXXV, CXXIX), ou il a été plus ou moins obtus (XLIV, XLVI, LVIII, XCIV, XCVIII, CVII, CXVII, CXXV, CXXIX).

Le *délire* a eu lieu 46 fois avec des caractères différents. Il a été violent et même furieux; dans quelques cas, gai ou ambitieux, accómpagné d'hallucinations de l'ouïe et de la vue. 18 fois il y a eu beaucoup d'agitation; 9 fois les malades poussaient des cris; 7 fois ils étaient d'une grande loquacité. Il y a eu quelques analogies avec le delirium tremens (LXXIX, LXXXI).

La *parole* a été quelquefois assez facile; mais souvent

elle était embarrassée, difficile, presque inintelligible, interrompue par une sorte de bégaiement. Cette altération de la parole coïncidait avec des troubles de l'intelligence ; parfois des idées exaltées, ambitieuses, et un degré plus ou moins avancé de faiblesse musculaire, ont rappelé la forme pathologique désignée sous le nom de *paralysie générale*, et on a considéré ces cas spéciaux comme des *paralysies générales aiguës* (XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XLI, LIV, LV, LIX, LXIII, LXIV, LXXII, LXXX, LXXXI, LXXXVIII, XCIII). Chez quelques sujets, la parole a été réduite à un petit nombre de mots incohérents ou même à quelques monosyllabes automatiquement répétées. 14 fois il y a eu aphasie assez complète.

On a remarqué 11 fois de la stupeur, 17 fois de l'insomnie, 33 fois de l'assoupissement.

X. L'état des *yeux* a présenté de grandes variétés. Ils étaient ouverts, saillants, hagards, errants ou fixes, fermés tous les deux ou inégalement ouverts. Ils étaient dirigés d'un côté ou de l'autre, portés en bas ou renversés en haut. Le strabisme a été remarqué 7 fois. Les pupilles ont été contractées 18 fois et dilatées 26 fois ; mais elles l'étaient rarement d'une manière égale ; quelquefois, il n'y en avait qu'une d'élargie, et je trouve que c'était 8 fois la droite et 3 fois la gauche. Plusieurs fois, la vue était obscurcie, l'ouïe dure, les sens en général émoussés (LXVII, LXXVI, LXXXII, XCVII, CI, CVII, CXII).

La *face* était pâle, et le plus souvent colorée. Les narines ont paru pulvérulentes chez trois sujets (XXXIV, XXXV, XL).

XI. Les *convulsions*, qui ont assez souvent marqué le début de la maladie, se sont aussi reproduites pendant son cours, et quelquefois dans les derniers moments de la vie. Elles ont été générales, affectant les quatre membres (18 fois), ou elles n'ont agité que les membres droits (LXXXVIII, CXXI) ou les membres gauches (XLIX, LVII, CXXV), ou que les membres supérieurs (XLV, LIII, LXXII, LXXXI, CVI), ou qu'un seul membre, soit le bras droit (XCV, CI), soit le bras gauche (XLV). D'autres fois, les mouvements convulsifs affec-

taient surtout la face (xxxv, xxxvii, xlv, xlvii, lxxii, lxxxvi, xciii, cxxxiv) ou les yeux (cxxviii).

Les spasmes musculaires se sont disséminés en divers autres points. Il y a eu des secousses convulsives des épaules (xlviii), des tremblements des membres (xxxv, xxxix, liv, lv, lxxiii, lxxxi, xc, cxiii, cxxxv), des mouvements involontaires des mains (cix), des crampes (cxxxiv), des soubresauts de tendons, des grincements de dents.

XII. Les actes locomoteurs ont été plus ou moins enrayés. La marche a été souvent incertaine, vacillante (xxxix, xlviii, lxxii, lxxix, xciii, xcviii, cviii, cxxvi); la faiblesse musculaire très grande (xl, xli, lxvii, lxxiv, lxxv, lxxvi, lxxxiii, xciv, xcvii), le décubitus en supination, rendu nécessaire par l'extrême prostration des forces (xxxv, xliii, lx, lxviii, etc.), et cependant on a l'exemple d'un individu qui, quelques instants avant de mourir, marchait encore d'un pas assuré (cxx).

Une paralysie très prononcé a eu lieu dans près du tiers des cas. Il y a eu *hémiplégie gauche* 18 fois (lxvii, lxxi, lxxiv, lxxvi, lxxviii, lxxxii, lxxxv, xci, xcii, xcv, xcvi, cx, cxvi, cxviii, cxxii, cxxiii, cxxviii, cxxx), et il est à remarquer que la parole n'était en même temps enrayée que dans trois de ces cas (lxxxii, xcvi, cxvi).

On a noté 14 *hémiplégies droites* (xliii, li, lii, lvii, lxii, lxviii, lxx, lxxv, lxxxviii, xc, xcix, ci, cvii, cxxviii), et sur ce nombre, 11 fois coïncidait une lésion plus ou moins prononcée de l'articulation des sons (xliii, li, lvii, lxii, lxviii, lxx, lxxv, lxxxviii, xcix, ci, cvii).

La paralysie a présenté quelques particularités. Ainsi, les membres gauches étaient privés de mouvement, la joue droite était paralysée (lxxi). C'était une paralysie alterne. Dans un autre cas, les membres droits étant paralysés, la bouche était déviée à droite et l'œil du même côté fermé (xc). C'était une paralysie doublement alterne.

Parfois, la bouche étant tirée à droite, la langue s'inclinait à gauche (lxvii, lxxxv, xcii, etc.).

XIII. Il y a eu assez souvent rigidité dans les membres qui avaient perdu le mouvement ; mais, d'autres fois, la *contracture* affectait des parties non paralysées (XLIII, LXXIV, CXXVII).

La rigidité s'est emparée de tout un côté (XCIII, CXVI, CXX), d'un bras (LXXIV, CVIII), d'un avant-bras et des doigts (CXXVIII). D'autres fois, elle s'observait dans les muscles du cou, et la tête était portée en arrière ou d'un côté ou de l'autre (XXXVIII, XLVI, LXXXII, CVI, CXIV, CXVI, CXX, CXXIX).

Il y a eu aussi roideur de tout le tronc, sorte d'opisthotonos (XXXVIII, LIV, LXIII, LXIX, CVII, CXXIV, CXXXIV).

Le resserrement des mâchoires a eu lieu plusieurs fois (XXXV, LI, LXXII, LXXIV, LXXXVII, LXXXVIII, XCI, XCIII, CVI).

La contraction musculaire a pris deux fois les apparences de l'état cataleptique (XLVII, CI).

XIV. Aux spasmes a succédé la *résolution* (CII, CIX), qui n'a pas tardé à gagner les parties paralysées et à faire des progrès avec l'ensemble des phénomènes morbides (XL, XLVII, LII, LXX, LXXIV, XCIII, XCIV, CII, CXXV).

XV. La *sensibilité* s'est maintenue intacte dans quelques cas, ou elle n'a été que peu diminuée dans les parties privées de mouvement (XLIII, LXVIII, LXXIV, LXXV). Elle y a même été exaltée (XLIV, XCVI, CXV, CXVI). Quand on pinçait la peau du côté paralysé, l'autre côté exécutait des mouvements assez vifs, témoignant ainsi du degré de sensibilité du point de départ de l'action réflexe. Assez souvent, la faculté de percevoir les impressions ou même de provoquer une réaction quelconque était à peu près détruite, et l'insensibilité était complète (XLVII, LVI, LXX, LXXXVI, CIV, CXIII, CXXI). Il y a eu, d'ailleurs, des irrégularités : un sujet avait les membres inférieurs immobiles et insensibles, les membres supérieurs également insensibles, mais mobiles, et le tronc insensible (CXXIV).

La sensibilité, qui semblait fort émoussée, s'est développée par quelques actes. Par exemple, les mouvements communiqués à la tête ont provoqué de vives douleurs (LIII, CXXIX).

XVI Chez beaucoup de sujets atteints de méningo-encéphalite aiguë, la maladie a débuté par des frissons et une *fièvre* intense, qui s'est soutenue pendant toute la durée de la maladie. Il y a eu quelquefois des rémissions et des exacerbations périodiques (XLVI, LIX). Chez quelques sujets, le pouls, au lieu d'être fréquent, offrait de la lenteur, au moins dans les premiers moments (L, LXXXIV, XCII, CVIII). Il était, d'ailleurs, tantôt développé et assez large, tantôt petit et plus ou moins irrégulier.

XVII. Le *sang* tiré des veines n'a pas offert de caractères constants; il a été couenneux (LXXIII, LXXXII) ou dépourvu de couenne (CVIII), mais se coagulant assez vite (LXXXIV) et formant un caillot dense (LIII); il a offert aussi un sérum abondant (LXXV).

XVIII. La *respiration* a été souvent gênée, irrégulière, accélérée, rarement lente (LXXVI, LXXXIV, CXIII); parfois accompagnée de plaintes, de soupirs, de hoquet opiniâtre (CXXXVII). L'air expiré a soulevé les joues, qui avaient perdu leur ressort. Ordinairement, la respiration est devenue stertoreuse à la période ultime.

XIX. Le *vomissement* n'est pas un symptôme très commun dans la méningo-encéphalite aiguë des adultes. Je ne le rencontre que chez 12 sujets, et encore ne s'est-il manifesté chez deux que vers la fin de la maladie (LI, CXXIX).

Il y a eu chez plusieurs de la soif, de l'inappétence.

La langue s'est souvent montrée rouge sur les bords et à la pointe; mais maintes fois, elle était sèche et parfois brune, fuligineuse, ainsi que les dents (XLV, XLIX, CX).

La déglutition a été souvent gênée, à la fin impossible.

L'abdomen a été quelquefois douloureux.

La constipation a eu lieu assez fréquemment; mais chez 11 sujets les selles étaient liquides, parfois sanguinolentes et très fétides.

Les évacuations alvines et urinaires ont été très souvent involontaires. Il y a eu parfois rétention d'urine. Ce liquide a paru trouble et sédimenteux (XLI, CXX).

XX. La *peau*, qui, dans les premiers jours, avait été généralement sèche et très chaude, s'est ensuite couverte de sueurs copieuses, parfois froides et visqueuses. Les membres offraient un refroidissement marqué (XCVIII).

La peau a pris, dans quelques cas, une teinte jaunâtre (LXVIII, LXXXII); elle a offert sur le tronc des taches rosées, lenticulaires (LVI), des traînées rougeâtres aux points que la pression du doigt avait parcourue (CVI).

XXI. La *marche* générale de la maladie a été assez régulièrement continue; mais, dans quelques cas, il y a eu des rémittences assez prononcées (LXIII, LXXIII, CXII, CXVI, CXXI), des exacerbations qui survenaient le soir ou la nuit (LXVIII, LXXXVI). Dans deux cas, après une amélioration des plus sensibles et même soutenue, la mort a eu lieu presque subitement (XLVI, CIII).

XXII. La *durée* de la maladie, jugée d'après l'apparition manifeste et le cours complet des symptômes, a été fort variable, ainsi que le prouve le résumé suivant :

La mort est arrivée :

Le 1er jour	2 fois.	Le 19e	1 fois.
Le 2e	1 —	Le 20e	1 —
Le 3e	6 —	Le 21e	1 —
Le 4e	6 —	Le 22e	1 —
Le 5e	4 —	Le 23e	4 —
Le 6e	10 —	Le 24e	2 —
Le 7e	5 —	Le 25e	2 —
Le 8e	2 —	Le 28e	2 —
Le 9e	4 —	Le 29e	1 —
Le 10e	4 —	Le 30e	3 —
Le 11e	3 —	Le 32e	1 —
Le 12e	6 —	Le 33e	1 —
Le 13e	2 —	Le 34e	1 —
Le 14e	3 —	Le 37e	1 —
Le 15e	3 —	Le 40e	1 —
Le 17e	1 —	Le 44e	1 —
Le 18e	3 —		

Il résulte de ce tableau que la marche de la méningo-

encéphalite aiguë est plutôt rapide que lente. Sa terminaison a eu lieu en effet :

34 fois	pendant	le 1er	septenaire.
24	—	le 2e	—
10	—	le 3e	—
11	—	le 4e	—
10	—	le 5e	—

XXIII. Les *recherches cadavériques* ont révélé des altérations assez remarquables, indépendamment de celles qui sont communes à divers autres états morbides, tels que : injection considérable des vaisseaux crâniens, méningiens, cérébraux, plénitude des sinus, caillots dans ces conduits, développement des corpuscules de Pacchioni, etc. Les membranes et les diverses parties de l'encéphale ont présenté des lésions appartenant aux deux maladies dont l'association est étudiée dans ce chapitre.

XXIV. La dure-mère a offert une vascularité très développée, surtout du côté de sa face interne. Quelques adhérences assez intimes avaient lieu avec les méninges sous jacentes, principalement sur les côtés du sinus longitudinal.

L'arachnoïde a présenté une plus ou moins grande opacité, un épaississement sensible; elle a paru tantôt blanchâtre, tantôt d'une teinte rougeâtre. Ses deux feuillets ont été en quelques points accolés. On a trouvé aussi entre eux de la sérosité, quelquefois même en quantité assez considérable (XLI, LXVI, LXVII, LXVIII, LXXII, LXXXI, CXXX). Cette sérosité était, dans quelques cas, consistante et gélatiniforme (LVII, LXVII); rarement purulente (CXIX). On a trouvé sur l'arachnoïde des plaques rouges (LXX, XC) et des espèces de bandes rugueuses (L). Le feuillet pariétal a surtout paru très injecté, parsemé de points rouges, enfin recouvert par une néo-membrane ayant les caractères de celles déjà mentionnées à l'occasion de la méningite (CXXXI, CXXXII).

La pie-mère s'est montrée, plus souvent encore que l'arachnoïde, injectée, épaissie, rouge; elle a été parfois

comme imbibée de sang; elle a été infiltrée d'une sérosité plus ou moins abondante qui soulevait l'arachnoïde; elle était en quelques points épaisse, fibrineuse, d'aspect lactescent, surtout le long des vaisseaux (XXXVII, XLI, L, LXVII). Ces altérations se sont montrées aussi dans les replis qui remplissent les anfractuosités. La pie-mère a été infiltrée de matière purulente (LXVI, CVII, CXII, CXIII, CXIV, CXVI, CXIX, CXXII, CXXIII, CXXIV, CXXV). Sa face interne a paru quelquefois hérissée de petits filaments vasculaires, lui donnant un aspect comme tomenteux (XXXVI, XXXVII).

XXV. La substance corticale adhère le plus souvent à la pie-mère, non-seulement par ces liens vasculaires, mais encore à cause de la perte de consistance qu'elle a subie. Aussi, quand on enlève cette membrane, voit-on suivre et rester accolée à sa surface interne une couche assez épaisse de substance grise.

Le ramollissement périphérique du cerveau constitue, avec l'inflammation de la pie-mère et de l'arachnoïde, la lésion anatomique la plus ordinaire de la méningo-encéphalite aiguë. Les surfaces déchirées, dénudées sont rougeâtres ou violacées, injectées, presque saignantes, parsemées de plaques d'un rouge vif ou de points noirs (LXXXI, XCIV, CII).

Ce ramollissement pénètre souvent dans la substance médullaire, qui est rosée, sablée de points rouges, ou jaunâtre ou gris-rougeâtre; elle peut être diffluente à une certaine profondeur (LXVI, XCIV).

La teinte rosée, lilas ou rouge-foncé de la substance corticale se retrouve très souvent dans les parties profondes où cette substance existe en proportion plus ou moins grande, comme les corps striés, les couches optiques, les cornes d'Ammon, etc. Ces parties peuvent être également ramollies à des degrés variés.

XXVI. La substance médullaire a été le siége d'une suppuration; c'étaient ou de petits foyers (CXX), ou des abcès volumineux occupant un ou plusieurs lobes ou diverses autres parties. Ainsi, on en a également trouvé dans les corps

striés, les couches optiques (CXIV, CXX, CXXIII, CXXIX). On a vu un abcès de l'une de ces dernières fuser dans le pédoncule cérébral et s'ouvrir dans le ventricule (CXXIV). Ces abcès offraient, d'ailleurs, l'aspect et les caractères déjà indiqués à l'occasion de l'encéphalite.

XXVII. La substance cérébrale a paru, dans quelques cas rares, frappée de gangrène. Elle était brune, ardoisée, noirâtre même, et elle répandait l'odeur infecte qui dénote cette grave altération, à laquelle les méninges participaient. Les sinus voisins offraient aussi des traces d'inflammation (CXXXIII, CXXXIV, CXXXV).

XXVIII. Les diverses altérations qui viennent d'être décrites ont très souvent affecté la périphérie du cerveau et occupé des espaces plus ou moins étendus. Quelquefois, elles ont été circonscrites, bornées à un hémisphère, à un lobe et aux méninges correspondantes. Ainsi ont pu s'expliquer certaines hémiplégies assez bien dessinées. Le siége de la méningo-encéphalite a paru d'autres fois limité à la face inférieure du cerveau et à la région centrale de cet organe. Le cervelet a pris part, dans quelques cas, à la lésion (LXVI, XCIV).

XXIX. Les ventricules cérébraux ont offert d'assez fréquentes altérations. Quelquefois, ils n'ont renfermé aucun liquide (XXXIV, XLV, LXVIII, LXX); mais ils ont souvent contenu de la sérosité. Cette sérosité était plus ou moins abondante, parfois trouble ; il y avait même, dans certains cas, du pus (CVI, CXIV, CXXIX). L'épendyme était quelquefois épaissi, très vasculaire, enflammé, parsemé d'une sorte d'exanthème miliaire ou de petites granulations (XXXVII, XLI, LXXII, LXXVI, LXXXV, XCVII, CXX). Les plexus choroïdes paraissaient aussi engorgés et injectés.

Les artères encéphaliques ont présenté des concrétions calcaires (XCIII, CIII).

XXX. Des altérations variées ont été observées dans les divers organes. Sur quelques sujets, c'étaient surtout des maladies du cœur ou des gros vaisseaux (XXXVI, LXVII, LXX,

LXXXVIII, XCI, XCIV, XCVII, CIII), et les lésions intestinales de la fièvre typhoïde (LIV, LV, LVI, LIX, CXII).

3e SECTION. — MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE.

La méningo-encéphalite chronique constitue une espèce pathologique dont la connaissance est due aux recherches des médecins modernes, de ceux surtout qui se sont voués à l'étude des maladies mentales. Les noms de MM. Calmeil, Bayle, Delaye, Parchappe, Baillarger, Belhomme, Pliny Earle, Brunet, etc., ont été cités si fréquemment qu'il sera facile de juger jusqu'à quel degré leurs observations multipliées ont contribué à fixer les idées sur cette partie de la pathologie encéphalique.

Il existe un singulier et remarquable rapport entre l'inflammation chronique des méninges et de la périphérie du cerveau, et une forme morbide assez exactement déterminée et facile à reconnaître, qu'on a désignée sous le nom de *paralysie générale*. Exposer la série des faits que la science possède sur la méningo-encéphalite chronique, c'est presque faire l'histoire de la paralysie générale. Il est quelques traits saillants qui donnent à cette grave affection une physionomie parfaitement distincte et qu'il est peut-être nécessaire d'indiquer dès ce moment, afin de fixer l'attention sur ce qu'elle offre de caractéristique et afin de pouvoir ensuite désigner par un mot l'ensemble symptomatologique qu'elle embrasse.

Cet état morbide, appelé *paralysie générale, paralysie des aliénés, démence paralytique*, etc., se compose de trois ordres de phénomènes presque constants : 1° Un affaiblissement et souvent une aberration de l'intellect, qui rendent les sujets incapables de se livrer à leurs occupations habituelles, qui changent leur caractère et font naître des idées de prospérité, de grandeur, de puissance, qui ne sont nullement en rapport avec la réalité; 2° une lésion de la parole, laquelle devient hésitante, traînante, imparfaitement

articulée; 3° une diminution successive de l'énergie musculaire, rendant les actes de la locomotion de moins en moins faciles, de moins en moins solides.

Or, les sujets chez lesquels ces symptômes se rencontrent, présentent le plus ordinairement une méningo-encéphalite chronique; mais il est essentiel d'ajouter : 1° que cette lésion anatomo-pathologique n'entraîne pas toujours ni même très fréquemment le groupe symptomatologique qui constitue la paralysie générale; 2° que ce groupe peut s'être montré chez des sujets qui avaient soit une méningo-encéphalite aiguë, soit une simple méningite, soit même des lésions moins graves ou autres.

Il est donc très important et logique de ne pas confondre, dans une étude commune, la méningo-encéphalite chronique et la paralysie générale; celle-ci fera l'objet d'une exposition ultérieure, tandis que la méningo-encéphalite chronique, examinée en elle-même et dans ses attributs propres, doit nous occuper seule en ce moment.

Je suivrai encore, dans la distribution des faits, l'ordre qu'indique l'état des organes affectés.

§ I. — Méningo-encéphalite chronique avec coloration rougeâtre de la substance cérébrale.

CXXXVI^e Obs. — Graveur, trente-un ans, grêle, brun, irascible. Il y a un an, céphalalgie gravative, puis idées ambitieuses, prodigalités, affaiblissement de la mémoire, embarras de la langue, attaques épileptiformes, perte de connaissance. — Turgescence des vaisseaux de la pie-mère, qui adhère aux circonvolutions par petites plaques. La couche qui s'enlève est granuleuse et non humide. Substance grise injectée, violette et non ramollie. Coloration violacée du cervelet, du mésocéphale et des tubercules quadrijumeaux [1].

CXXXVII^e Obs. — Homme, trente-deux ans, excès de boisson; caractère violent, devenu, depuis trois ans, presque débonnaire. Embarras de la prononciation, faiblesse des membres plus prononcée à gauche, tendance à se vanter de sa force et de son adresse, congestion cérébrale, convulsions épileptiformes. Trouble intellectuel

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 524.

plus sensible et marqué surtout par un délire spécial; le sujet se croit muet, sans langue, sans dents; il se croit sans urètre, sans prépuce, avec l'anus bouché; il se dit paralysé et même mort; il refuse les aliments, mais en prend assez dès qu'on a vaincu sa résistance; il se dit en érection continuelle, il annonce que ce qui l'entoure est doré, etc. Maigreur croissante, agitation, insomnie, taches scorbutiques, eschare au sacrum, phlyctènes gangréneuses en divers points. — Arachnoïde opaque sur une grande partie des hémisphères. Pie-mère infiltrée de sérosité. Il s'écoule de l'arachnoïde ou des ventricules 50 grammes de sérosité. Entre les membranes du cerveau, adhérences assez nombreuses et superficielles, principalement sur les lobes moyens. Circonvolutions plus minces à droite. L'hémisphère droit pèse 60 grammes de moins que le gauche. Granulations sur les parois des ventricules. Substance grise généralement plus colorée qu'à l'état normal (1).

CXXXVIIIe Obs. — Homme, quarante-deux ans, abus de spiritueux, manie, mouvements de la langue embarrassés, démarche chancelante, tremblements convulsifs dans tous les membres. Vociférations, agitation, maigreur; amélioration. Nouvel abus des liqueurs alcooliques, agitation, lacération des vêtements, tremblements; apoplexie, résolution du côté droit. — Méninges injectées, infiltrées; sérosité dans l'arachnoïde. Adhérence de la pie-mère à la substance corticale, qui a une teinte livide. Substance blanche ferme. Vaisseaux cérébraux très dilatés. Cœur à parois épaissies (2).

CXXXIXe Obs. — Homme, quarante-deux ans, petite taille, sanguin, nerveux. Fils d'un marchand de Londres, il a reçu de l'éducation, s'est marié en Angleterre, puis est allé à New-York, où il a contracté un second mariage, et a eu trois enfants. Adonné aux boissons spiritueuses. Depuis quatre ans, excentricités, accès de colère. Récemment, il a menacé de tuer sa femme et de se tuer après. En octobre, exaltation vive, délire, pouls fréquent, puis calme. Pupilles inégales, la gauche plus large; appétit vorace, parole difficile, beaucoup de mots en partie omis ou prononcés confusément. Idées de puissance et de richesse. Au printemps, augmentation du délire, tendance à la destruction. En juin, ulcères aux bras et aux jambes, pieds œdémateux. Marche incertaine, sensibilité générale diminuée; difficulté pour écrire. En août, congestion cérébrale. Mort le lendemain. — Crâne très dur, ne contenant que très peu de diploë; dure-mère séparée difficilement des

(1) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 178.

(2) Hipp. Justin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1839, n° 107, obs. VI, p. 11.

os; adhérence de cette membrane aux autres méninges. Arachnoïde opaque, épaissie, ainsi que la pie-mère. Circonvolutions adhérentes par des espèces de brides. Substance corticale extraordinairement foncée en couleur; substance médullaire abondamment ponctuée et rougie. Hémisphères accolés en avant. Deux gros de sérosité dans les ventricules; six gros graviers dans la glande pinéale. Cervelet plus mou que le cerveau (¹).

CXLe Obs. — Homme, quarante-deux ans, grand, mince, courbé. Découragement, tristesse, affaiblissement intellectuel; puis démence, incertitude des mouvements, tremblement des mains, gêne de la parole, sensibilité cutanée intacte, pupille droite plus resserrée que la gauche, pouls déprimé, air stupide, immobilité, mastication difficile; parfois, agitation, pas précipités, mais mal assurés; voix chevrotante, tressaillements dans les muscles de la face et de la poitrine, évacuations involontaires. Mort au bout d'un an. — Feuillet pariétal de l'arachnoïde recouvert d'une couche de fibrine à peine concrétée; pie-mère infiltrée, rouge, compacte, adhérente à la substance corticale, qui s'enlève par pellicules minces, et offre une teinte violacée à la surface, rouge vineuse à l'intérieur. Coloration rouge dans les corps striés, les couches optiques et à la surface du cervelet (²).

CXLIe Obs. — Homme, quarante-quatre ans, sanguin, bonne constitution, père aliéné; contrariétés; chute, luxation de l'épaule; signes de paralysie générale, démence. Mort vers le septième mois. -- Grande quantité de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Méninges altérées à la surface supérieure du cerveau. Arachnoïde rougeâtre et comme ecchymosée en certains points; en d'autres ayant l'aspect du parchemin. Pie-mère épaissie, injectée; elle n'adhère point à la substance corticale, dont elle n'emporte aucun lambeau. Cette substance est rouge, mais n'est point ramollie. Substance médullaire ferme, pas de sérosité dans les ventricules; plexus choroïdes rouges, injectés, vésiculeux. Arachnoïde de la voûte fort injectée; parois du quatrième ventricule rougeâtres, enflammées, et légèrement ramollies (³).

CXLIIe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, maigre, nerveux, de haute taille, mémoire heureuse, élocution facile, folles entreprises, fortune dissipée, vie désordonnée. Il y a deux ans, délire, loquacité.

(¹) Pliny Earle, *American Journal of med. Science*, 1847, april, p. 335.

(²) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 412.

(³) Belhomme, *Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale*. Paris, 1845. (*Mémoires sur la localisation des fonctions cérébrales*, p. 555.)

Six mois après, idées ambitieuses; enfin, exaltation, accès de fureur; lacération des vêtements. Insomnie, sensibilité et sens conservés; appétit, soif, déglutition facile, diarrhée. Parole très embarrassée, station debout impossible, rétention d'urine. — Crâne épais et dur. Vaisseaux de la pie-mère fort injectés, teinte rosée des lobes cérébraux. Adhérence de la pie-mère aux circonvolutions, dont elle entraîne des parcelles. Ces circonvolutions sont boursouflées, turgescentes, d'une teinte rosée ou rouge. Substance médullaire traversée par de nombreux vaisseaux. Cervelet injecté (¹).

CXLIIIᵉ Obs. — Femme, quarante-huit ans, mère de famille, éducation brillante, fréquentation des littérateurs et des artistes; elle écrit en vers et en prose. Cessation des règles à quarante-cinq ans, craintes chimériques, délire; puis affaiblissement mental, embarras de la parole, eschares. — Os du crâne minces et durs. Dans l'arachnoïde, 200 grammes de sérosité trouble, mêlée à des filaments fibrineux; pie-mère très vasculaire, infiltrée d'une matière grisâtre, concrète, d'aspect purulent ou fibrineux, ou albumineux. Substance corticale assez consistante, de teinte rosée; à la base du cerveau, sa couleur est ardoisée; ses petits vaisseaux réfléchissent une teinte noire. Substance médullaire injectée et endurcie au centre des lobes, avec nuances rosées. Sur la région postérieure de la moelle épinière, sorte de gelée infiltrée et non organisée entre l'arachnoïde viscérale et la membrane propre de la moelle (²).

CXLIVᵉ Obs. — Homme, cinquante ans, forte constitution, ancienne syphilis, mercure; aliénation mentale, paralysie générale. En février, perte de connaissance, chute; yeux ouverts, fixes; tête chaude, face décolorée, respiration accélérée, battements du cœur tumultueux, pouls fréquent, dépressible; résolution des membres gauches, contracture des droits. Convulsions tantôt à droite, tantôt à gauche. — Crâne très compact; dure-mère injectée, ainsi que les autres méninges, qui se déchirent facilement, et n'adhèrent pas à la substance corticale; celle-ci est marbrée, d'une teinte violacée. Substance médullaire très injectée, très ferme, laissant voir à la section des ouvertures béantes de vaisseaux dilatés. Forte injection des corps striés, couches optiques, cervelet et protubérance. Cœur très volumineux (³).

CXLVᵉ Obs. — Femme, soixante-douze ans; démence sénile, inertie. Respiration lente, inégale; coma. Roideur des extrémités

(¹) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 298.
(²) *Idem, ibidem*, t. I, p. 440.
(³) Hipp. Justin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1829, nº 107, p. 9.

inférieures, mobilité des bras, pupilles insensibles; pouls faible, fréquent; déjections involontaires. — Arachnoïde très épaissie, blanchâtre, opaque, couverte de plaques, et soulevée par une sérosité épaisse, verdâtre; pas d'adhérence au cerveau. Substance corticale rougeâtre, corps striés d'un rouge-brun et comme ecchymosés. Vaisseaux cérébraux et rachidiens injectés [1].

CXLVIe Obs. — Homme, soixante-dix-sept ans. Il y a un an, aliénation mentale, loquacité, hallucinations de l'ouïe, gêne de la parole; récemment, blessure à la main, affaiblissement, idées incohérentes, nausées, syncopes; mort le quinzième jour. — Pie-mère épaissie, infiltrée de sérosité très rouge; ses vaisseaux sont très injectés. Sur le lobe antérieur droit, elle est comme soudée à une circonvolution qui est d'un rouge amaranthe. Cette coloration pénètre jusqu'à la substance blanche. On y constate des traînées vasculaires, des taches ecchymotiques, des points rouges multipliés. La substance cérébrale n'y est pas ramollie. Trois petites taches rouges lenticulaires dans le corps strié gauche [2].

§ II. — Méningo-encéphalite chronique avec induration de la substance cérébrale.

CXLVIIe Obs. — Jeune homme, dix-huit ans. A douze ans, il reçut à l'école, sur le côté droit de la tête, un coup du tranchant d'une règle plate, parce qu'il était lent à apprendre. Il en résulta une petite plaie, que, pendant six ans, rien ne put faire guérir. Enfin, elle se cicatrise; mais, bientôt après, la vue s'obscurcit, la cécité fait des progrès rapides, et il survient des attaques épileptiques quotidiennes. Une couronne de trépan, appliquée sur le point si longtemps affecté, montre l'os du crâne intact, et la dure-mère saine; il s'écoule seulement un peu de sérosité et de sang. Les pupilles reprennent leur sensibilité, mais la cécité reste la même. Affaiblissement, fièvre, convulsions, et mort trois jours après la trépanation. — Sur la partie de la dure-mère correspondant à l'ancienne plaie, la pie-mère est dans un état d'inflammation chronique et le lobe moyen du cerveau offre une induration étendue jusqu'à la base [3].

CXLVIIIe Obs. — Soldat, vingt-neuf ans, intellect borné; depuis quelques semaines, surexcitation, pétulance. 4 mai, paroles inconvenantes, actes extravagants, insomnie, agitation; parfois, difficulté de s'exprimer, marche peu solide, secousses convulsives, paralysie

(1) Pinel fils, *Revue médicale*, 1821, t. V, p. 310.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 189.

(3) Howship, *Pract. observ. in surg. and morbid anatomy*, 1816, p. 121.

plus marquée à droite. Mort le 27 novembre. — Peu de sérosité dans l'arachnoïde. Pie-mère fort rouge, comme infiltrée de sang. Quelques adhérences avec la surface du cerveau. Circonvolutions comme atrophiées, d'une teinte vineuse bleuâtre. Substance corticale consistante et même dure, à l'intérieur de couleur framboisée. Substance blanche injectée, consistante, surtout dans le lobe postérieur gauche. Teinte framboisée de la substance grise, des corps striés, des cornes d'Ammon, du cervelet et des tubercules quadrijumeaux ([1]).

CXLIX° Obs. — Femme, quarante-huit ans, mère de famille, d'une intelligence distinguée, d'une imagination vive, et auteur de plusieurs romans. A quarante-cinq ans, cessation subite des règles, tristesse, craintes chimériques; puis délire, lamentations ridicules. Au bout de six mois, état mental plus calme; mais, par intervalles, la parole est embarrassée, un grand nombre de syllabes ne sont plus nettement articulées; mouvements libres et réguliers, santé bonne. A quarante-sept ans, affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, pesanteur de la marche, maladresse des doigts. A quarante-huit ans, attention et mémoire nulles; indifférence absolue, faiblesse des membres inférieurs, eschares à la partie inférieure du dos. — Dans la cavité de l'arachnoïde, 200 grammes d'une sérosité trouble, mêlée à des filaments et à des pellicules de fibrine. Pie-mère infiltrée par une matière trouble, grisâtre, à demi coagulée. Cette membrane est très vasculaire, très injectée et se détache aisément de la surface du cerveau. La substance corticale, rosée à l'intérieur, a une consistance normale; à la base du cerveau, elle a une teinte brune verdâtre ardoisée. Cette coloration se retrouve sur le trajet des olfactifs, dans l'entrecroisement des nerfs optiques, dans les scissures de Sylvius, les pédoncules cérébraux et une partie du cervelet; elle n'est point modifiée par les lavages. Couches optiques, corps striés, cornes d'Ammon de couleur framboisée. Substance médullaire endurcie au centre des hémisphères, avec injection vasculaire et nuances rosées ([2]).

§ III. — Méningo-encéphalite chronique avec ramollissement de la substance cérébrale.

CL° Obs. — Homme, vingt-sept ans, hérédité, vie active, excès de spiritueux et de femmes. Il y a quatre mois, faiblesse des membres inférieurs. Il y en a trois, insomnie, exaltation intellectuelle et nerveuse, aberration des idées. Il y a deux mois, délire général,

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 517.

([2]) *Idem, ibidem*, p. 440.

violent, ambitieux; embarras de la langue, yeux animés, mouvements brusques, secousses de la tête, expuitions fréquentes, marche rapide, mais comme saccadée; inattention, délire loquace. Diarrhée, excoriations sur les points saillants qui servent d'appui ou qui sont heurtés. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Pie-mère adhérente à la couche corticale, qui est ramollie dans l'épaisseur d'une ligne, de couleur violacée, lie de vin, avec plaques d'ecchymoses. Substance grise des cornes d'Ammon, des corps striés et du cervelet, de teinte violacée ou rosée [1].

CLI[e] Obs. — Homme, vingt-huit ans, irritable, passionné, viveur, mais non ivrogne. Grande exaltation politique, troubles intellectuels, marche vacillante, sautillante; mains agitées de mouvements involontaires, parole hésitante, difficile, et mots imparfaitement prononcés; pupille droite plus large que la gauche, appétit, urine évacuée involontairement, idées extravagantes de grandeur, hallucinations, irascibilité, puis calme et douceur; goût persistant pour la lecture des journaux politiques; la vue s'affaiblit; néanmoins, air de satisfaction, paroles bruyantes et cris de joie; plus tard, demi-paralysie des membres gauches, parfois les droits paraissent presque aussi faibles; diminution graduelle de la sensibilité générale, station debout et marche difficiles; ulcérations à une jambe, au trokanter gauche; convulsions générales plus marquées du côté gauche; la paralysie se complète. Mort après un an et quatre mois de maladie. — Injection considérable des vaisseaux de la tête. Crâne épais antérieurement, portant l'empreinte des glandes de Pacchioni, qui sont volumineuses et proéminentes à travers la dure-mère et entourées de taches ecchymotiques. Adhérences de la dure-mère aux autres membranes près du sinus longitudinal. Vaisseaux des méninges très engorgés et diversement colorés : les artères en rouge vermeil, les veines en rouge noirâtre. Arachnoïde épaissie, d'un aspect perlé, surtout sur les lobes antérieurs, et adhérant à la pie-mère, excepté sur les anfractuosités, qui sont remplies de sérosité. Adhérence étroite de la pie-mère avec le cerveau, dont la substance corticale laisse des lambeaux attachés à cette membrane quand on la soulève. Cette substance est, du reste, peu différente de l'état normal. La substance médullaire a aussi sa couleur ordinaire; elle est humide, et, quand on la divise, elle montre quelques points sanglants. Ventricules latéraux pleins de sérosité. Plexus choroïdes vésiculeux et légèrement adhérents. Voûte un peu ramollie. Vaisseaux cérebraux épaissis et cartilagineux. Cervelet un peu mou [2].

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 312.
[2] Pliny Earle, *American Journ. of med. Science*, 1847, april, p. 350.

CLII[e] Obs. — Homme, trente-trois ans, fort, pléthorique, conduite régulière. Mai, délire, tressaillements, tremblements, gêne de la prononciation, fièvre; le délire s'appaise, la fièvre tombe, la parole reste embarrassée; plus tard, agitation, attaques épileptiformes, cécité, paralysie progressive. Mort trois ans après l'invasion. — Masse cerébrale mollasse, affaissée. Méninges épaissies, opaques, infiltrées de sérosité, parsemées de taches opalines et blanchâtres, adhérentes à la presque totalité de la substance corticale, qui est ramollie et s'enlève par plaques larges et épaisses. Mêmes altérations dans le cervelet. Au microscope, on trouve la pulpe cérébrale remplie des produits de l'inflammation (1).

CLIII[e] Obs. — Homme, trente-quatre ans, rêves de fortune, tristesse. Congestion cérébrale, perte de connaissance, mouvements convulsifs, délire, difficulté de parler. Deuxième coup de sang, agitation maniaque, hallucinations, propos décousus, affaissement, prononciation très imparfaite, tremblements des bras, marche chancelante, contraction des pupilles, dépérissement. Troisième attaque, convulsions. Mort après un an de maladie. — Pie-mère rouge injectée, exempte d'infiltration. Adhérence avec la couche corticale, d'où se détachent de larges lambeaux humides et saignants, et dont la surface dénudée est piquetée de points rouges, et traversée par de nombreux vaisseaux. Substance grise des corps striés et des cornes d'Ammon rouge. Un peu de sérosité dans les ventricules. Substance blanche injectée (2).

CLIV[e] Obs. — Femme, trente-quatre ans, mère de famille, oncle et cousin aliénés. A trente-un ans, fausse couche, céphalalgie. Deux ans après, perte de connaissance, mouvements convulsifs de la face et des membres, intellect oblitéré, idées de grandeur, marche lente, prononciation très difficile, fonctions nutritives fort actives; coma, accès épileptiques, irascibilité, insomnie, constipation, céphalalgie, démence. — Pie-mère peu épaisse, mais très adhérente à la substance corticale, qui se dilacère, étant très ramollie. Substance médullaire molle et humide (3).

CLV[e] Obs. — Homme, trente-quatre ans, robuste, sanguin; demande de mariage repoussée d'une façon injurieuse. Tristesse, céphalalgie, insomnie. Au bout de deux mois, tout à coup, en septembre, excitation, loquacité, gaieté, incohérence dans les paroles, idées d'orgueil, de richesse; embarras de la langue, prononciation

(1) Linas, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1857, n° 193, p. 45.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 94.

(3) *Idem, ibidem*, p. 100.

difficile de certaines syllabes, hésitation; pas de lésion de la motilité des membres. En novembre et décembre, agitation excessive, lacération des vêtements, délire ambitieux, porté à un haut degré. Janvier, calme, lucidité d'esprit, mais perte sensible de la mémoire. En mai, immobilité, stupidité, silence, insensibilité cutanée; mais une allumette enflammée passée sous le nez fait tousser et oblige à tourner la tête du côté opposé; assoupissement, face hébétée. Au bout de quinze jours, sorte de réveil, parole revenue, réponses lucides, assez justes. Trois jours après, stupidité complète, émission involontaire de l'urine, insensibilité. Mort en juin par une attaque de choléra (asile de Marseille, 1856). — Roideur cadavérique; teinte violacée de la peau. Arachnoïde et pie-mère épaissies, congestionnées, très adhérentes à la substance corticale, à la pointe des deux hémisphères et sur les bords. Substance corticale ramollie, injectée, emportée avec les méninges. Flaccidité du cerveau. Sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde et entre les circonvolutions. Il n'y en a pas dans les ventricules [1].

CLVIe Obs. — Boucher, trente-cinq ans, tempérament sanguin-nerveux, vie peu régulière. Dérangement mental en juillet, idées de richesse, prodigalités. En novembre (à l'asile de Bloomingdale de New-York), pouls 80, pupille droite plus large que la gauche, l'une et l'autre sensibles à la lumière; langue tremblante et couverte d'un enduit, bon appétit, grincements de dents, parole peu distincte; les mots se heurtent entre eux et des syllabes sont omises; station peu solide, marche vacillante, persistance du délire ambitieux et satisfait. En janvier, diarrhée sanguinolente, saleté, insomnie, agitation, bruit pendant la nuit. Février, membres gauches paralysés, lèvres et langue tirées à droite, pieds œdémateux, sens du goût obtus, hémorrhoïdes, parole de plus en plus embarrassée. Mars, aggravation, inappétence, évacuations involontaires; tous les membres atteints d'une paralysie incomplète, plus prononcée à gauche; sensibilité obtuse. Mort. — Surface interne du crâne profondément creusée par le trajet des vaisseaux et le développement des glandes de Pacchioni. Adhérence de la dure-mère aux os vers la région frontale et vers la base. Elle adhère aussi, par de fortes brides, aux membranes subjacentes de chaque côté du sinus longitudinal, dans un espace de quatre pouces de long. Faux épaisse. Pas d'adhérences entre les hémisphères. Surface du cerveau rouge, à cause de l'injection des vaisseaux. Arachnoïde épaissie, comme laiteuse, mais demi-transparente, excepté sur les lobes antérieurs et sur la partie supérieure de l'hémisphère droit. Elle est soulevée par une effusion

[1] Peyron, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1859, n° 81, p. 64.

séreuse, surtout le long des anfractuosités, où elle est séparée de la pie-mère. Ailleurs, ces deux membranes semblent n'en former qu'une, et elles adhèrent au cerveau, dont elles enlèvent de petites portions quand on veut les détacher. Les replis de la pie-mère, enfoncés dans les anfractuosités, y adhèrent aussi. La substance grise n'a qu'un dixième de pouce d'épaisseur. Substance médullaire parsemée de nombreuses gouttes de sang. Plexus choroïdes adhérents aux parois des ventricules. Leurs vaisseaux sont très injectés. Voûte et septum unis par de petits filaments. Ce dernier épaissi est adhérent aux parties voisines. Les méninges qui recouvrent les tubercules quadrijumeaux et les parties correspondantes du cerveau et du cervelet, ont d'étroites adhérences; l'arachnoïde est épaissie sur la base du cerveau et du cervelet, opaque et de couleur laiteuse sur presque toute la convexité. Quatrième ventricule rempli de brides s'étendant d'une paroi à l'autre. La partie inférieure de chaque lobe moyen du cerveau offre un ramollissement jaunâtre et une altération profonde des deux substances, laquelle s'étend dans les corps striés et les couches optiques. Six onces de sérosité ont coulé des diverses cavités. Cervelet sain (1).

CLVIIe Obs. — Femme, trente-cinq ans, modiste, est allée se plaindre de prétendus vols dont elle aurait été victime; envoyée à la Salpétriére. Agitation, loquacité, idées incohérentes, embarras peu prononcé mais manifeste de la parole, idées incessantes et variées de grandeur et de fortune; perte de la mémoire, cris, vociférations, mouvements désordonnés ou calmes et apparence de raison; pas de faiblesse des membres inférieurs, marche libre, usage facile des bras. Vers le septième mois, abattement, face altérée, parole plus embarrassée, intelligence obtuse, activité diminuée, jambes affaiblies, marche difficile. Mort un mois après cette aggravation. — Os du crâne épais et fort durs. Dure-mère très adhérente aux pariétaux et aux membranes sous-jacentes vers la ligne médiane, à l'aide de nombreuses glandes de Pacchioni. Méninges, en beaucoup de points, opaques, épaissies et infiltrées de sérosité comme gélatineuse. Hémisphères soudés entre eux sur la ligne médiane. Face interne de la pie-mère d'un rouge assez foncé. Adhérences entre les méninges et la substance grise, qui s'arrache par plaques assez larges. Elle s'enlève par un léger frottement; elle est très ramollie, blanchâtre, et parait exsangue, comme le reste du cerveau. Les circonvolutions ne paraissent pas atrophiées. Le poids total de la masse encéphalique est de 1,200 grammes. La substance blanche

(1) Pliny Earle, *American Journ. of med. Science*, 1847, april, p. 333.

est résistante. Les ventricules contiennent peu de sérosité. Pas d'autre lésion (¹).

CLVIIIᵉ Obs. — Femme, trente-six ans; depuis dix ans, apathie, pléthore céphalique; cinq érysipèles de la face. Depuis quinze mois, affaiblissement de la mémoire, disposition au luxe et aux excès de boisson. Depuis trois mois, embarras dans la prononciation, inertie, engourdissement, physionomie de la démence, réponses courtes, lentes; démarche encore assez ferme, sensibilité générale très affaiblie, appétit excellent, sommeil calme et prolongé. État stationnaire pendant huit mois. Tremblement des mains et de la langue, mouvement continuel comme pour la déglutition d'un liquide, paralysie du bras gauche, puis des deux côtés, avec secousses convulsives; marche possible; le délire ambitieux a cessé; appétit assez bon, langue gercée, pas de diarrhée, maigreur, parfois céphalalgie. En novembre, pneumonie et mort. — Arachnoïde épaissie et opaque sur la convexité. Pie-mère infiltrée d'une sérosité abondante et colligée en divers points sur les côtés de la grande scissure. Adhérences très nombreuses des méninges à la couche corticale, dont une partie s'enlève avec elles, et qui est molle et de couleur rosée. Granulations nombreuses dans la séreuse ventriculaire, surtout dans celle du cervelet (²).

CLIXᵉ Obs. — Homme, trente-sept ans, excès vénériens, chagrins, insolation. Monomanie des richesses, embarras de la prononciation, jambes faibles, démence, coma, convulsions de la face et de la moitié droite du corps, sensibilité abolie de ce côté. Mort après cinq ans de maladie. — Sérosité rougeâtre dans l'arachnoïde. Œdème et épaississement des méninges. Adhérence de la pie-mère au cerveau. Substance grise ramollie et de couleur lilas. Substance blanche sablée. Substance grise du cervelet bleuâtre (³).

CLXᵉ Obs. — Homme, trente-sept ans, petite taille, tempérament bilieux et nerveux; depuis longtemps, violents maux de tête, flux hémorrhoïdal abondant et périodique avec prolapsus anal. Opinions systématiques, idées excentriques; ces dispositions existaient depuis quelques années, lorsque l'état devint plus grave; air démoralisé, troublé; paroles nombreuses pour ne dire que peu de choses, tête chaude, langue chargée, constipation, peu d'appétit, pouls fréquent et nerveux, pupilles contractées. Au bout de trois mois, attaque épileptiforme; successivement, perte de la parole, de la faculté de marcher, de la sensibilité; actes extravagants, congestions à peu

(¹) Jules Falret, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, nº 112, p. 137.

(²) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1849, p. 478.

(³) Calmeil, *Paralysie des aliénés*, p. 272.

près périodiques, œdème des membres et de la face, ulcère à la hanche. Mort un an après l'accroissement le plus sensible de la maladie. — Crâne mince. Dure-mère adhérente aux os en devant, et aux autres méninges, le long du sinus longitudinal, par le moyen de brides courtes, fermes et fibreuses, autour desquelles sont déposés de nombreux corpuscules granuleux. Veines de la partie supérieure du cerveau très distendues. Arachnoïde épaissie, demi-opaque, comme laiteuse sur toute la convexité, et adhérente à la pie-mère. Infiltration séreuse abondante le long des anfractuosités. Sur les côtés du sinus longitudinal, la pie-mère adhère au cerveau, ainsi que dans quelques autres points de la convexité. Substance corticale d'une couleur brune. Substance médullaire d'un blanc sale, plus humide et plus molle qu'à l'ordinaire, et parsemée, à la coupe, de nombreux points sanglants. Partie postérieure du corps calleux et voûte ramollies en consistance de crème. Ventricules latéraux distendus par la sérosité. Le septum a quelques adhérences avec les parties voisines. Corps striés et tubercules quadrijumeaux ramollis. Arachnoïde de la base épaissie et à demi opaque autour du pont de Varole et du cervelet. Ce dernier organe est congestionné et ramolli. La quantité totale de la sérosité épanchée est de trois onces ([1]).

CLXI[e] Obs. — Homme, trente-huit ans, parents aliénés, long séjour dans les colonies, habitude de fumer avec excès. A trente-six ans, trouble des idées. A trente-sept ans, amnésie, inattention, incohérence des idées, prodigalités. Six mois après, faiblesse musculaire, intelligence obtuse, somnolence, tremblements des mains et des bras, voix gutturale, parole traînante, déglutition difficile; les mâchoires se heurtent en mangeant ou en parlant, les pieds effleurent le sol en marchant; face terreuse, amaigrie; pouls petit; le corps se couvre d'anthrax; eschares au bassin, large foyer phlegmoneux à la région interne et inférieure de la cuisse droite. — Pie-mère des hémisphères épaisse, résistante, injectée, rouge; elle enlève des plaques de substance corticale, qui est humide, grisâtre, facile à désorganiser. Corps striés rougeâtres. Pie-mère cérébelleuse plus colorée que dans l'état sain. Substance corticale du cervelet rosée ([2]).

CLXII[e] Obs. — Ancien militaire, trente-huit ans, intelligent, sobre, bien constitué. A trente-cinq ans, idées tristes, embarras pécuniaires, affaiblissement de l'intellect, disposition au repos, indifférence. A trente-six ans, démence, parole difficile, tressaille-

([1]) Pliny Earle, *American Journ. of med. Science,* 1847, april, p. 318.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau,* t. I, p. 393.

ments des lèvres, appétit vorace; puis déglutition difficile, marche chancelante, saccadée; bras faibles, parfois spasmes convulsifs; ensuite coma, convulsions, hébétude. A trente-huit ans, nouvelle attaque apoplectique, convulsions des membres droits. — Pie-mère injectée, légèrement infiltrée de sang, adhérente, en divers points, à la substance corticale, principalement sur les bords de la scissure de Sylvius. Substance médullaire plus injectée que la grise. Corps strié gauche offrant une tache grisâtre, sous laquelle est une grosse goutte d'une humeur épaisse et laiteuse, avec ramollissement profond et sorte de foyer ulcéreux. Corps strié droit un peu mou, teint en jaune couleur de bile ([1]).

CLXIII[e] Obs. — Homme, trente-neuf ans, irritable, emporté; syphilis, fréquent usage du mercure, abus des spiritueux. Il y a un an, propos incohérents, actions désordonnées, marche chancelante, parole traînante, amnésie, délire loquace et agitation, insomnie, colite, diarrhée. Mort. — Sérosité sanguinolente sous la dure-mère. Traînées opalines sous l'arachnoïde, qui est épaisse. Pie-mère très injectée, infiltrée de sérosité, et adhérente à la substance corticale, qui est ramollie et très rouge à l'intérieur. Substance blanche molle, injectée. Substance grise des corps striés rouge, ainsi que la moelle allongée. Un peu de sérosité dans les ventricules ([2]).

CLXIV[e] Obs. — Homme, quarante ans; affaiblissement intellectuel, air stupide, embarras de la parole, évacuations involontaires, agitation; station difficile, marche chancelante. — Épaississement, opacité des membranes, adhérences à la couche corticale, qui est molle et jaunâtre. Ventricules dilatés, surfaces ventriculaires parsemées de granulations ([3]).

CLXV[e] Obs. — Homme, quarante ans, sanguin, robuste, ancien militaire, abus des spiritueux, peines morales, irascibilité, agitation, désordres intellectuels, idées de puissance, de fortune; parole mal articulée, marche titubante, faiblesse, maigreur. Mort quatorze mois après l'invasion de la maladie. — Adhérences molles et non organisées des méninges sur la convexité et aux scissures de Sylvius. Sérosité assez abondante dans la cavité de l'arachnoïde, épaissie, ainsi que la pie-mère, qui adhère à la substance corticale, surtout à la partie antérieure et droite des hémisphères. Ecchymoses sous-arachnoïdiennes, substance corticale brune et molle, substance médullaire, injectée, rougeâtre et avec des points de ramollissement.

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 673.
([2]) *Idem, ibidem*, p. 310.
([3]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 246.

Corps calleux, septum, voûte, couches optiques très ramollis. Corps striés petits, comme atrophiés; leur substance grise est fort rouge. Quatrième ventricule rougeâtre et ramolli ([1]).

CLXVI[e] Obs. — Homme, quarante ans, parenté vésanique, tempérament lymphatico-sanguin, esprit paresseux, distrait, orgueilleux, désordonné. A trente-neuf ans, gêne de la prononciation, puis idées délirantes, irascibilité, yeux animés, insomnie; hallucinations de la vue et de l'ouïe, délire maniaque, agitation continuelle, loquacité, tendance à déchirer les vêtements; pas d'affaiblissement des bras ni des jambes, mais parole très embarrassée. Mort rapide imprévue. On constate un écoulement de salive teinte de sang et une émission de sperme. — Os du crâne durs et très injectés. Vaisseaux de la dure-mère pleins de sang. Peu de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde. Pie-mère rouge, très injectée, épaissie et résistante, sur les lobes antérieurs. Elle adhère à la substance corticale, qui lui reste attachée quand on l'enlève. Circonvolutions des lobes moyens et postérieurs inégales et comme raboteuses. Substance médullaire très injectée, surtout au centre des lobes moyens. Corps striés, couches optiques, cornes d'Ammon d'une teinte rouge très prononcée. La pie-mère du cervelet entraîne aussi une couche épaisse de substance corticale, laquelle est rouge, injectée, ramollie. Substance blanche du cervelet saine. Substance grise de la protubérance annulaire rosée ([2]).

CLXVII[e] Obs. — Gendarme, quarante ans; apathie, engourdissement intellectuel, céphalalgie, tristesse, dévotion. Octobre, silence, pleurs, frayeurs; physionomie altérée et sans expression, signes de croix en balbutiant quelques mots inintelligibles, marche chancelante. Amélioration, réponses plus facilement obtenues, mais prostration morale. Décembre, évacuations involontaires, embarras de la langue plus grand, marche plus difficile, affaiblissement intellectuel plus marqué. En février, attaque d'apoplexie foudroyante. — Hémorrhagie méningée, épanchement sanguin dans les fosses antérieure, moyenne et postérieure du crâne; caillots de sang de récente formation étendus en nappe sur toute la surface convexe des deux hémisphères cérébraux. Épaississement des méninges, ayant contracté des adhérences avec la substance grise, qui est ramollie à la partie antérieure de l'hémisphère gauche. Aspect sablé de la substance blanche. Pas de sérosité dans les ventricules ([3]).

([1]) Belhomme, *Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale*. Paris, 1845. (*Mémoires, etc.* p. 569.)

([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 302.

([3]) Peyron, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1859, n° 81, p. 70.

CLXVIII[e] Obs. — Tailleur d'habits, quarante-deux ans, excès alcooliques. Septembre, mémoire affaiblie, perception lente et confuse, jambes faibles, démarche mal assurée. Pas de délire, réponses nettes. Au bout de quelques mois, congestion, intellect encore intact; diminution de la motilité, embarras de la langue plus prononcé. Un mois après, nouvelle congestion, affaiblissement intellectuel et musculaire. En avril, troisième congestion. Mort. — Méninges épaissies, blanchâtres, avec des points congestionnés. Sérosité abondante sous l'arachnoïde et entre les circonvolutions cérébrales. Adhérences vers la pointe des hémisphères et sur les parties latérales. Dans ces divers points, la substance cérébrale est ramollie, injectée, comme ulcérée, avec aspect granité (1).

CLXIX[e] Obs. — Homme, quarante-deux ans, intelligence médiocre, caractère doux, usage habituel de divers spiritueux; delirium tremens. 15 mars, fièvre, enthousiasme religieux et poétique, aberration mentale. Après un mieux marqué, retour aux alcooliques. Alors, excitation, turbulence, violence; pouls fréquent, inappétence, suivie de voracité; régularité des selles, tendance du sang vers la tête; désir et efforts de destruction, loquacité, vociférations; pupilles resserrées, marche un peu irrégulière, mais pas de paralysie. Sensibilité générale diminuée. Mort le 1[er] décembre. — Adhérence de la dure-mère au crâne, en devant; glandes de Pacchioni saillantes à travers la dure-mère, qui adhère aux autres membranes sur les côtés du sinus longitudinal supérieur. Arachnoïde épaisse et de couleur laiteuse, effusion séreuse entre les méninges, pie-mère injectée; pas d'adhérences de cette membrane au cerveau. Substance corticale ramollie près du vertex; substance médullaire de teinte rouge, et parsemée de gouttes de sang; corps striés et couches optiques un peu ramollis; arachnoïde très épaissie sur le cervelet, dont la substance cendrée offre un ramollissement marqué. Une once de sérosité dans chaque ventricule latéral et autant à la base (2).

CLXX[e] Obs. — Imprimeur, quarante-deux ans, parents excentriques, stature moyenne, cheveux brun clair, iris bleues; bilioso-nerveux. Excès de femmes et de vin. Irascibilité. Aliénation, loquacité, visage animé, pupilles contractées, inégales. Pouls très fréquent, délire ambitieux, parole gênée, coupée par des interruptions. Agitation croissante, actes de destruction, constipation, pupille droite très resserrée; sensibilité générale obtuse; amaigrissement. Tuméfaction et ecchymoses des téguments du crâne et du bras droit. — Adhérence de la dure-mère au crâne, et aux autres membranes sur

(1) Sauze, *Annales médico-psychologiques*, 1854, p. 499.

(2) Pliny Earle, *American Journ. of med. Science*, 1847, t. I, p. 343.

les lobes antérieurs et sur le bord supérieur de chaque hémisphère. Arachnoïde épaisse, semi-opaque, étroitement unie à la pie-mère sur toute la convexité. Celle-ci adhère à la couche corticale, qui s'enlève par petites plaques et qui est très ramollie. Substance cérébrale parsemée de points rouges; corps striés et voûte ramollis. Quelques graviers dans la glande pinéale. Légères adhérences des parois du quatrième ventricule; ramollissement du cervelet [1].

CLXXIe Obs. — Femme, quarante-deux ans, mère de sept enfants. A vingt ans, manie suite de couches; à quarante-un, démence; fourmillement, affaiblissement des quatre membres. A quarante-deux, exaltation, délire, hallucinations, vociférations, sans embarras de la parole; fièvre, puis torpeur, et mort. — Feuillet viscéral de l'arachnoïde soulevé par un fluide séreux, vis à vis les anfractuosités des deux hémisphères. Forte injection de la pie-mère. Circonvolutions des lobes antérieurs et moyens presque disparues; ce qui reste de la substance grise a une apparence cellulo-tomenteuse et une teinte jaunâtre. Au dessous, elle est ramollie et couleur de rouille. Parties centrales fermes [2].

CLXXIIe Obs. — Homme, quarante-deux ans et demi, robuste, très sanguin. Mère et grand'mère aliénées. Il y a deux ans, vives inquiétudes. Il y a un an, morosité, inattention, perte de la mémoire, prononciation difficile, spasmes du visage, trémoussements des mains, marche mal assurée. Dégoût de la vie, idées de suicide, hallucinations qui arrachent des cris de terreur. Maigreur, refus des aliments. qui sont ingérés par la sonde œsophagienne. Diarrhée, mort. — Caillot de sang aplati sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde des lobes antérieurs du cerveau. Pie-mère infiltrée, épaissie, injectée, violacée, adhérant à la substance corticale des lobes antérieurs et moyens du cerveau, laquelle est ramollie, rougeâtre, comme saignante. Substance médullaire violacée, très vasculaire; ramollissement des parois des ventricules, rougeur et injection des corps striés, des couches optiques, des cornes d'Ammon, du cervelet, de la protubérance annulaire, de la moelle [3].

CLXXIIIe Obs. — Homme, intelligent, riche, gai. A quarante ans, perte d'un emploi, oisiveté, ennui, besoin de distraction, excès alcooliques. A quarante-deux ans, exaltation, monomanie ambitieuse, embarras de la langue, affaiblissement des membres, démence, attaque d'épilepsie suivie de paralysie générale; deuxième attaque.

(1) Pliny Earle, *American Journ. of med. Science*, 1857, july, p. 37.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 298.
(3) *Idem, ibidem*, t. I, p. 349.

Troisième attaque à quarante-trois ans. Un mois après, mort. — Pie-mère épaissie sur chaque hémisphère, auquel elle adhère. Sur le lobe moyen droit, dépression due à un ramollissement profond. Les circonvolutions correspondantes sont atrophiées, jaunes. Dans le lobe postérieur droit, foyer d'encèphalite de couleur amaranthe, pénétrant dans la substance blanche, ramollie et infiltrée de globules sanguins. Couche corticale du lobe antérieur droit rouge, excoriée, saignante et comme atrophiée. Elle est rouge à l'intérieur. Sérosité dans le ventricule latéral droit. Lobe postérieur gauche de couleur d'ocre, avec adhérence de la pie-mère à la substance corticale, qui recouvre un vaste foyer de ramollissement. Substance blanche enflammée et mêlée de parcelles de fibrine noirâtre ([1]).

CLXXIVᵉ Obs. — Homme, quarante-trois ans, lymphatique et bilieux; catarrhes fréquents, crainte de phthisie, abus des spiritueux, de la table et des femmes. A quarante ans, morosité, irascibilité. A quarante-un ans, en mars, stupeur, fourmillement de la main gauche, faiblesse musculaire du même côté, prononciation difficile. En avril, congestion encéphalique, affaiblissement du bras droit, perte de la parole; symptômes que dissipent une saignée et de forts purgatifs. En juillet, délire ambitieux, yeux brillants, mouvements tumultueux, loquacité, propos incohérents, exaltation croissante, cris, vociférations, menaces, efforts pour déchirer, mordre, cracher au visage; briser les liens; face vultueuse, couverte de sueur; pouls plein, accéléré; urines rares, constipation, craquements de dents. Août, syncope de courte durée, éruption miliaire sur le thorax. Novembre, calme, retour incomplet de la raison, marche peu solide, prononciation mal articulée, exacerbations pendant près d'un an, affaiblissement, évacuations involontaires, etc. — Sérosité abondante dans la pie-mère, qui adhère à la substance corticale. Celle-ci se sépare en deux couches : l'extérieure suit la pie-mère, l'autre est éraillée; toutes les deux sont ramollies et en pulpe violacée. Mollesse de la substance médullaire, des pédoncules cérébraux, des corps striés, des couches optiques, des parois ventriculaires, principalement du trigone, du septum, du corps calleux, du cervelet. Les membranes de ce dernier organe peuvent être enlevées sans léser sa substance corticale, qui est humide, mollasse, violacée. Ramollissement de la substance grise de la moelle ([2]).

CLXXVᵉ Obs. — Perruquier, quarante-quatre ans, sanguin, laborieux, sobre, caractère doux. Avril, sentiment de faiblesse générale,

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 38.
([2]) *Idem, ibidem*, t. I, p. 387.

les lobes antérieurs et sur le bord supérieur de chaque hémisphère. Arachnoïde épaisse, semi-opaque, étroitement unie à la pie-mère sur toute la convexité. Celle-ci adhère à la couche corticale, qui s'enlève par petites plaques et qui est très ramollie. Substance cérébrale parsemée de points rouges; corps striés et voûte ramollis. Quelques graviers dans la glande pinéale. Légères adhérences des parois du quatrième ventricule; ramollissement du cervelet (1).

CLXXIe Obs. — Femme, quarante-deux ans, mère de sept enfants. A vingt ans, manie suite de couches; à quarante-un, démence; fourmillement, affaiblissement des quatre membres. A quarante-deux, exaltation, délire, hallucinations, vociférations, sans embarras de la parole; fièvre, puis torpeur, et mort. — Feuillet viscéral de l'arachnoïde soulevé par un fluide séreux, vis à vis les anfractuosités des deux hémisphères. Forte injection de la pie-mère. Circonvolutions des lobes antérieurs et moyens presque disparues; ce qui reste de la substance grise a une apparence cellulo-tomenteuse et une teinte jaunâtre. Au dessous, elle est ramollie et couleur de rouille. Parties centrales fermes (2).

CLXXIIe Obs. — Homme, quarante-deux ans et demi, robuste, très sanguin. Mère et grand'mère aliénées. Il y a deux ans, vives inquiétudes. Il y a un an, morosité, inattention, perte de la mémoire, prononciation difficile, spasmes du visage, trémoussements des mains, marche mal assurée. Dégoût de la vie, idées de suicide, hallucinations qui arrachent des cris de terreur. Maigreur, refus des aliments. qui sont ingérés par la sonde œsophagienne. Diarrhée, mort. — Caillot de sang aplati sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde des lobes antérieurs du cerveau. Pie-mère infiltrée, épaissie, injectée, violacée, adhérant à la substance corticale des lobes antérieurs et moyens du cerveau, laquelle est ramollie, rougeâtre, comme saignante. Substance médullaire violacée, très vasculaire; ramollissement des parois des ventricules, rougeur et injection des corps striés, des couches optiques, des cornes d'Ammon, du cervelet, de la protubérance annulaire, de la moelle (3).

CLXXIIIe Obs. — Homme, intelligent, riche, gai. A quarante ans, perte d'un emploi, oisiveté, ennui, besoin de distraction, excès alcooliques. A quarante-deux ans, exaltation, monomanie ambitieuse, embarras de la langue, affaiblissement des membres, démence, attaque d'épilepsie suivie de paralysie générale; deuxième attaque.

(1) Pliny Earle, *American Journ. of med. Science*, 1857, july, p. 37.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 298.

(3) *Idem, ibidem*, t. I, p. 349.

Troisième attaque à quarante-trois ans. Un mois après, mort. — Pie-mère épaissie sur chaque hémisphère, auquel elle adhère. Sur le lobe moyen droit, dépression due à un ramollissement profond. Les circonvolutions correspondantes sont atrophiées, jaunes. Dans le lobe postérieur droit, foyer d'encéphalite de couleur amaranthe, pénétrant dans la substance blanche, ramollie et infiltrée de globules sanguins. Couche corticale du lobe antérieur droit rouge, excoriée, saignante et comme atrophiée. Elle est rouge à l'intérieur. Sérosité dans le ventricule latéral droit. Lobe postérieur gauche de couleur d'ocre, avec adhérence de la pie-mère à la substance corticale, qui recouvre un vaste foyer de ramollissement. Substance blanche enflammée et mêlée de parcelles de fibrine noirâtre ([1]).

CLXXIV[e] Obs. — Homme, quarante-trois ans, lymphatique et bilieux; catarrhes fréquents, crainte de phthisie, abus des spiritueux, de la table et des femmes. A quarante ans, morosité, irascibilité. A quarante-un ans, en mars, stupeur, fourmillement de la main gauche, faiblesse musculaire du même côté, prononciation difficile. En avril, congestion encéphalique, affaiblissement du bras droit, perte de la parole; symptômes que dissipent une saignée et de forts purgatifs. En juillet, délire ambitieux, yeux brillants, mouvements tumultueux, loquacité, propos incohérents, exaltation croissante, cris, vociférations, menaces, efforts pour déchirer, mordre, cracher au visage; briser les liens; face vultueuse, couverte de sueur; pouls plein, accéléré; urines rares, constipation, craquements de dents. Août, syncope de courte durée, éruption miliaire sur le thorax. Novembre, calme, retour incomplet de la raison, marche peu solide, prononciation mal articulée, exacerbations pendant près d'un an, affaiblissement, évacuations involontaires, etc. — Sérosité abondante dans la pie-mère, qui adhère à la substance corticale. Celle-ci se sépare en deux couches : l'extérieure suit la pie-mère, l'autre est éraillée; toutes les deux sont ramollies et en pulpe violacée. Mollesse de la substance médullaire, des pédoncules cérébraux, des corps striés, des couches optiques, des parois ventriculaires, principalement du trigone, du septum, du corps calleux, du cervelet. Les membranes de ce dernier organe peuvent être enlevées sans léser sa substance corticale, qui est humide, mollasse, violacée. Ramollissement de la substance grise de la moelle ([2]).

CLXXV[e] Obs. — Perruquier, quarante-quatre ans, sanguin, laborieux, sobre, caractère doux. Avril, sentiment de faiblesse générale,

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 38.
([2]) *Idem, ibidem*, t. I, p. 387.

dures et blanchâtres. En les détachant de la surface du cerveau, elles emportent des lambeaux de substance grise ramollie. Substance cérébrale un peu plus colorée qu'à l'ordinaire, avec piqueté assez abondant (1).

CLXXIXe Obs. — Homme, quarante-six ans; depuis quelques années, symptômes de paralysie générale progressive, bredouillement, débilité très grande des jambes, intelligence affaiblie, mais pas de délire ; marasme. Mort. — Méninges épaissies, blanchâtres, fortement infiltrées. Adhérences nombreuses. Substance des circonvolutions ramollie dans les mêmes points (2).

CLXXXe Obs. — Ancien pharmacien, quarante-huit ans, chagrins violents; éblouissements, pertes de connaissance. Amnésie, gêne de la parole, faiblesse musculaire, démence. Attaque apoplectique, convulsions. Mort. — Sur les hémisphères, sugillations dans la pie-mère et traînées grisâtres. Adhérence de la pie-mère à la substance corticale, excoriée, saignante, ramollie et d'une couleur rougeâtre dans toute son épaisseur. Corps striés rouges, et offrant à leur côté interne une légère dépression, avec couleur orange à droite, chamois à gauche (3).

CXXXIe Obs. — Homme, cinquante ans; goût du luxe, spéculations hasardeuses, perte de fortune. Il y a cinq ans, rhumatisme. Il y a un an, commissure labiale droite abaissée; parole embarrassée. Deux mois après, attaque apoplectique, déviation de la bouche à droite. Prononciation très difficile, marche chancelante, intellect comme voilé et devenant de plus en plus obtus; propos incohérents, déraisonnables; idées tristes, insomnie. Faiblesse, maigreur, pouls petit, peau froide, constipation, immobilité, inattention complète, évacuations involontaires, somnolence. Dyspnée; engouement pulmonaire. Mort. — Sérosité dans l'arachnoïde; pie-mère opaque, infiltrée, résistante, très vasculaire et fort adhérente à la substance corticale. Celle-ci est inégale, éraillée, saignante aux endroits les plus adhérents; elle est en pulpe violacée aux scissures de Sylvius. Substance blanche traversée par de nombreux vaisseaux. Corps calleux, septum, voûte, parois ventriculaires ramollies. Pie-mère comme soudée au cervelet, dont la substance corticale est humide, saignante, facile à réduire en bouillie. Même état de la substance grise de la protubérance (4).

(1) Devouges, *Annales médico-psychologiques*, 1857, p. 537.
(2) Sauze, *Annales médico-psychologiques*, 1854, p. 500.
(3) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. 1, p. 103.
(4) *Idem, ibidem*, p. 335.

CLXXXII^e OBS. — Homme, cinquante-un ans, bilioso-sanguin, irascible, enthousiaste. Il y a quatre ans, perte de connaissance, paralysie du bras gauche, affaiblissement intellectuel. Plus tard, contraction du bras, prononciation difficile, intellect plus obtus; état stationnaire pendant six mois avec des rémittences; ensuite, progrès de la paralysie, étendue aux quatre membres. Dyspnée, suffocation, mort. — Os du crâne épais; arachnoïde épaisse et blanchâtre à la surface supérieure des lobes cérébraux; pie-mère épaisse et adhérente à la couche corticale, qui s'enlève avec elle. Substance médullaire très ramollie à droite. Ramollissement des parois ventriculaires, des couches optiques, du septum et de la voûte. Cervelet et protubérance sains (1).

CLXXXIII^e OBS. — Homme, cinquante-deux ans; aliénation mentale depuis cinq ou six ans. A la fin, embarras de la parole, station impossible, intellect oblitéré, évacuations involontaires ou rétention d'urines; pouls fréquent, etc. — Sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde; épaississement, opacité des méninges, dont les vaisseaux sont injectés; elles adhèrent à la couche corticale, qui est ramollie, et en quelques points d'un jaune clair. Ventricules dilatés. Hyperémie générale de l'encéphale (2).

CLXXXIV^e OBS. — Homme, cinquante-trois ans, sanguin, robuste; abus des spiritueux, excès vénériens. Troubles intellectuels; démence, parole embarrassée, marche vacillante. Congestions cérébrales, pertes de connaissance. Durée de la maladie, environ un an. — Tête assez mal conformée, aplatie au sommet. Os du crâne minces, très adhérents à la dure-mère; beaucoup de sérosité rougeâtre dans l'arachnoïde, qui est épaissie. Corpuscules de Pacchioni fort développés. Pie-mère rouge, épaissie et adhérente à la surface du cerveau. Substance corticale ramollie. Substance médullaire infiltrée, ramollie; ventricules latéraux très distendus par une sérosité rougeâtre; leurs parois ramollies, ainsi que le septum et la voûte. Ramollissement des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux, des parois des troisième et quatrième ventricules, de la protubérance, du bulbe et du cervelet (3).

CLXXXV^e OBS. — Femme, cinquante-quatre ans, chagrins, troubles intellectuels, abattement, douleurs de tête habituelles, qu'augmente le décubitus horizontal. Dyspnée, pouls irrégulier, intermit-

(1) Belhomme, *Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale*. Paris, 1845. (*Mémoires, etc.*, p. 561.)

(2) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 216, p. 212.

(3) Belhomme, *Nouvelles recherches etc.* (*Mémoires*, p. 557.)

tent; langue embarrassée, bégaiement; force musculaire diminuée, membres engourdis, jambes et pieds infiltrés. Parfois, bras agités de mouvements convulsifs légers, soubresauts des tendons, et puis motilité diminuée du côté droit et sensibilité remplacée par un sentiment de formication. Enfin, tout à coup, paralysie complète du côté droit, si ce n'est à la jambe. Bouche tirée à gauche, bégaiement augmenté, mouvements de la langue très gênés, douleurs violentes dans les membres paralysés, devenus roides; stertor. Mort le onzième jour de la dernière attaque. — Sous l'arachnoïde, sorte de gelée tremblante, épaisse d'une demi-ligne. A la partie supérieure du lobe moyen gauche, adhérence de la substance cérébrale aux méninges, dans l'étendue de deux pouces. Circonvolutions, en cet endroit, ramollies à un pouce et demi de profondeur. Au centre du ramollissement se trouve un peu de sang épanché et infiltré (1).

CLXXXVIe Obs. — Homme, cinquante-quatre ans; excès alcooliques, excitation morale, turbulence, loquacité, incohérence. Embarras de la parole, tremblements des mains, mouvements désordonnés, insomnie; pouls 92. Vomissements, maigreur, engourdissement, hyperémie générale de l'encéphale. — Un peu de sang liquide dans la cavité de l'arachnoïde, au fond de la fosse sphénoïdale droite. Épaississement et opacité des méninges sur les lobes antérieurs; ecchymoses sous-arachnoïdiennes, adhérence de la pie-mère à la couche corticale, qui est molle et de couleur lilas; substance blanche molle (2).

CLXXXVIIe Obs. — Homme, cinquante-six ans, sanguin, irritable, contrariétés, fréquentes congestions cérébrales. Perte de la mémoire, parole difficile, et parfois accès de fièvre pernicieuse, dyspnéique. Symptômes de paralysie générale, démence, grincements de dents. Réitération des accès pernicieux. — Arachnoïde épaissie, pie-mère infiltrée, épaissie et adhérente à la substance corticale, surtout au lobe antérieur gauche. Substance médullaire rougeâtre et parcourue par une infinité de vaisseaux dilatés. Peu de sérosité dans les ventricules. Plexus choroïdes rouges, injectés; ramollissement de la partie inférieure de la voûte, des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux (3).

CLXXXVIIIe Obs. — Homme, cinquante-six ans; embarras pécuniaires depuis deux ans, abus des spiritueux, tentative de suicide.

(1) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'Encéphale*, t. I, p. 95.

(2) Parchappe, *Traité de la Folie*, p. 150, obs. 165.

(3) Belhomme, *Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale*. Paris, 1845. (*Mémoires, etc.*, p. 580.)

Entré à l'asile de Bloomingdale en décembre, tranquille, craintif, sans cesse en éveil, d'une grande irritabilité nerveuse. Altération graduelle des facultés mentales; hallucinations, maigreur, station debout peu solide, mouvements musculaires hésitants, incertains, commençant et finissant avec une célérité spasmodique. La prononciation présente le même genre de lésion. Délire plein d'idées de grandeur, de puissance, de richesse. Amélioration physique; puis sensations plus obtuses, et sensibilité cutanée nulle. Goût aboli, ouïe et vue parfaites. Diarrhée, constipation, tendance aux congestions cérébrales. Mort après huit ans de maladie. — Crâne épais; dure-mère très adhérente aux os, et offrant à sa face interne l'aspect de la muqueuse gastrique enflammée; elle est unie aux autres méninges, le long du sinus longitudinal supérieur. Faux adhérente aux deux hémisphères par des filaments. Plénitude très grande de tous les vaisseaux cérébraux. Arachnoïde épaissie, surtout en quelques points, de couleur laiteuse et opaque, adhérant à la pie-mère des deux côtés. Anfractuosités pleines de sérosité. Rien d'anormal dans la substance cendrée. Substance médullaire humide, ramollie, injectée; ventricules latéraux pleins de sérosité, voûte très molle. Plexus choroïdes adhérents dans toute leur étendue. Septum épaissi et ses vaisseaux injectés. Un seul gravier dans la glande pinéale. Arachnoïde de la base épaissie, et surtout autour du cervelet. Substance grise de cet organe plus pâle et plus molle que celle du cerveau (¹).

CLXXXIXᵉ Obs. — Homme, soixante ans; depuis un an, paralysie graduelle du côté gauche, sans perte préalable de connaissance. Intellect très affaibli. Pneumonie. Mort. — Épanchement séreux dans l'arachnoïde, infiltration séreuse sous cette membrane. Ramollissement dans l'une des circonvolutions du lobe postérieur droit, et derrière la cavité ancyroïde du même côté. Troisième ramollissement dans une des circonvolutions du lobe moyen gauche. Ces ramollissements ont une teinte rougeâtre. Beaucoup de sérosité dans les ventricules, aspect normal des parties centrales. Hépatisation pulmonaire (²).

CXCᵉ Obs. — Homme, soixante ans; congestions cérébrales, embarras de la parole, désordre des idées; hémiplégie droite, sans perte de connaissance; incontinence d'urine et des matières fécales. — Injection de la substance grise du cerveau. Adhérence des méninges à cette substance et ramollissement du lobe sphénoïdal droit (³).

(¹) Pliny Earle, *American Journal of med. Sciences*, 1847, april, p. 337.

(²) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 519.

(³) Cornil, *Bulletin de la Société anatomique*, 1861, p. 205.

CXCI[e] Obs. — Femme, soixante-cinq ans; convulsions à quatre ans, menstrues à treize ans, irrégulières; à vingt-huit, mariage, vifs chagrins, accès d'épilepsie légers, puis intenses et fréquents. A quarante-huit ans, ménopause. Accès suivis de délire, refus des aliments par crainte d'empoisonnement; céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, insomnie. Juin, aggravation, envie de mordre. Juillet, hémiplégie droite. Septembre, parole embarrassée, paralysie de la moitié gauche des lèvres, langue déviée à droite. Paralysie des sphincters, perte de connaissance sans convulsions, mais avec écume à la bouche. Dyspnée, coma. Écoulement de la salive par la commissure gauche. Pupilles contractiles, rétrécies. Paupière supérieure gauche inerte, intellect rétabli. Sensibilité, odorat conservés. Évacuations soumises à la volonté. Déglutition difficile, surtout pour les solides. Main droite gonflée, bleuâtre. Contracture des doigts. Température prise dans l'oreille gauche, 36,2 et 35,4, et dans la droite, 36,4 et 36,1. Novembre, état semi-comateux. Pouls petit, lent. Battements cardiaques sourds, tête inclinée à gauche, coma, insensibilité. — Pas de rigidité cadavérique. Artères cérébrales athéromateuses; sylvienne droite oblitérée par un caillot ancien; la gauche par un caillot récent. Caillots semblables dans les cérébrales antérieures et dans la cérébrale postérieure gauche. Pie-mère injectée, épaissie, rouge-pourpre, principalement sur les lobes antérieurs, et surtout sur le droit, dont la substance corticale est très molle, s'enlève et laisse une dépression jaunâtre, avec pointillé rouge. Substance grise du centre du pédoncule cérébral très foncée et large. Corps calleux un peu mou. Partout, la substance grise est très molle et jaunâtre; elle contient des granulations molléculaires libres et des corps granuleux. Ceux-ci sont enveloppés d'une membrane celluleuse, et contiennent un noyau. Il y a aussi des cellules de tissu conjonctif en voie de segmentation. Cœur volumineux, hypertrophie concentrique du ventricule. Aorte athéromateuse, et en quelques points avec incrustation calcaire ([1]).

CXCII[e] Obs. — Homme, soixante-douze ans; il y a six ans, chute, contusion à la tête, perte momentanée de connaissance, prompt rétablissement. Depuis six mois, diminution de la mémoire, faiblesse des jambes, surtout de la gauche. 26 février, douleur vive de tout le membre inférieur gauche, non augmentée par la pression, sans œdème ni changement de couleur; nombreuses varices à cette jambe; force des membres supérieurs diminuée; parole lente et embarrassée, la langue sort droite; traits du visage non déviés; pupilles normales, air d'hébétude; pouls très petit, faible, irrégulier,

([1]) Bourneville, *Gazette médicale*, 1867, p. 207. (*Mém. de la Soc. de Biologie.*)

120; emphysème pulmonaire. 6 mars, tendance au refroidissement et insensibilité, teinte cyanique de la jambe gauche avec absence des battements artériels, pouls faible, irrégulier, 76-80. 9 mars, orteils noirs, pouls 48, cœur 96, battements inégaux. 27 mars, somnolence, coma, pouls 116, impulsion du cœur énergique. Mort le 28. — Teinte légèrement louche de l'arachnoïde viscérale. Rougeur diffuse sur la face externe de l'hémisphère droit. Adhérences et opacité le long de la grande fente. La pie-mère entraîne, sur le lobe postérieur droit, de la substance des circonvolutions, qui est ramollie et colorée en jaune clair avec pointillé rouge très fin. Peu de sérosité dans les ventricules. Petites excavations kystiformes dans la couche optique et le corps strié gauche. Cercle de Willis à l'état normal, sauf quelques rares taches athéromateuses. Artère cérébrale droite rétrécie par l'épaississement de ses parois. Concrétions fibrineuses dans le ventricule gauche du cœur et dans l'artère iliaque externe (1).

CXCIII[e] Obs. — Homme, soixante-treize ans; fâcheuse nouvelle, perte de fortune; attaque d'apoplexie il y a deux ans. Depuis, possibilité d'écrire, mais mémoire affaiblie; idées souvent confuses, faiblesse générale, plus marquée à gauche. Dix mois après, deuxième attaque, presque aussi forte que la première. Dès lors, toute occupation impossible, faiblesse plus grande. Trois semaines après, troisième attaque en sortant du lit (saignée à la temporale). État presque comateux, parole peu intelligible, mouvements des doigts vers quelques objets imaginaires, yeux dirigés du même côté; parfois, réponses justes; pupilles sensibles à la lumière, pas de strabisme, paralysie de la main droite et des jambes, mais douleur vive quand on veut les faire mouvoir; chaleur, sensibilité assez développées; pouls fréquent et vif, langue non déviée, constipation, peu de sommeil, urines faciles et généralement soumises à la volonté, réponses raisonnables. Après six mois, coma que rien ne peut dissiper, fièvre intense. Mort le 9 février. — Vaisseaux de la pie-mère injectés. Sérosité infiltrée entre l'arachnoïde et la pie-mère. Substance cérébrale un peu brune, mais ferme. Ventricules distendus par un fluide clair. Plexus choroïdes gonflés et rouges. Trigone et septum mous. Parois des ventricules blanches, mais leurs vaisseaux sont injectés. A la base du cerveau, beaucoup de sérosité. Les méninges de la protubérance et du cervelet sont infiltrées comme à la surface supérieure. Dans chacun des lobes postérieurs du cerveau, il y a un ramollissement de la substance cérébrale. L'espace occupé par cette altération a la largeur d'un shelling. Les sinus de la dure-mère

(1) Potain, *Bulletin de la Société anatomique*, 1862, p. 175.

ne contiennent pas plus de sang qu'à l'ordinaire. Aucune altération des vaisseaux (¹).

§ V. — Méningo-encéphalite chronique avec coïncidence de ramollissement et d'induration de la substance cérébrale.

CXCIVe Obs. — Homme, trente ans, sanguin; chagrins, congestion cérébrale, convulsions; idées de grandeur et penchant pour le vol; faiblesse générale, langue embarrassée, mouvements chancelants, paralysie, nouvelles congestions avec convulsions unilatérales, démence. Mort après dix-huit mois de maladie. — Dure-mère injectée. Sérosité dans l'arachnoïde. Méninges infiltrées, adhérentes surtout à la face inférieure avec la substance corticale, qui s'enlève en partie avec elles et présente une teinte livide, irrégulière et comme ulcerée. Adhérences sur le corps calleux. Substance médullaire injectée et consistante. Corps striés un peu rouges. Cornes d'Ammon dures. Quelques granulations dans le quatrième ventricule (²).

CXCVe Obs. — Homme, trente-un ans, père aliéné, onanisme, intellect borné. A vingt-trois ans, pertes de connaissance et courtes attaques de convulsions, céphalalgie, malaise, nausées, épilepsie. A vingt-neuf ans et demi, excitation intellectuelle, délire, hallucinations de l'ouïe; bientôt après, amnésie, affaiblissement de l'intelligence, marche chancelante, prononciation par moments presque impossible. A trente ans et demi, épilepsie, appétit vorace, constipation, déglutition parfois difficile, existence automatique. Mort. — Sérosité dans l'arachnoïde. Pie-mère infiltrée, épaissie, injectée, adhérant aux lobes antérieurs et moyens. Substance corticale ramollie, d'aspect rougeâtre, nuancée de rose et de violet. Substance médullaire injectée et indurée dans les lobes postérieurs. Ventricules distendus par beaucoup de sérosité. Corps striés rougeâtres. Substance grise du cervelet rosée (³).

CXCVIe Obs. — Femme, trente-trois ans, réglée à dix ans et demi, mariée à trente-deux ans, pas d'enfants. Mai, embarras de la langue, parole lente, affaiblissement des membres, marche vacillante, mains tremblantes, intelligence de plus en plus faible, démence. Mort en octobre. — Vaisseaux de la pie-mère injectés. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Méninges épaissies, se détachant en entraînant avec elles une certaine portion de subs-

(¹) Bright, *Report of medical Cases*, t. II, p. 186. — Copeman, p. 103.
(²) Hipp. Justin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1829, nº 107, p. 6.)
(³) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 166.

tance grise, qui est rosée dans toute son étendue et ramollie. Substance médullaire d'un blanc éclatant, consistante. Ventricules contenant beaucoup de sérosité. Substance grise de la corne d'Ammon droite rosée, celle du gauche molle et pâle ([1]).

CXCVII^e Obs. — Homme, trente-cinq ans, excès vénériens, syphilis, long usage des mercuriaux; idées de richesses, docilité, paralysie générale incomplète, embarras de la langue, coma, perte de la sensibilité tactile, convulsions générales. Mort au bout de dix-huit mois. — Pie-mère très vasculaire, très injectée, adhérente aux circonvolutions, dont la substance corticale est violacée et la substance blanche ferme. Ramollissement complet du corps calleux, du septum médian, de la voûte à trois piliers, de la surface des corps striés et des couches optiques ([2]).

CXCVIII^e Obs. — Femme, trente-cinq ans, vie dissipée, excès alcooliques. Il y a trois ans, en janvier, insomnie, céphalalgie, visions le jour et la nuit de cercueils, de corbillards; idée de mort, agitation, retour à la santé. Trois mois après, incohérence dans les actes et dans les paroles. Maigreur, pâleur, hésitation en parlant, faiblesse des mains, marche vacillante, tendance au délire ambitieux; amélioration au bout de vingt jours. L'embarras de la parole a presque disparu. Démarche assurée, intelligence nette, mais peu de goût pour le travail et grand appétit. En novembre, subitement, hémiplégie incomplète gauche, bouche déviée à droite, parole embarrassée. Diminution de ces symptômes, sauf le dernier, par un traitement antiphlogistique. Pendant la seconde année, il y a eu du calme, mais l'intelligence est faible, ainsi que le côté gauche; par instants, bégaiement. Troisième apparition des symptômes graves de la paralysie générale. État de stupeur et de démence, évacuations involontaires, impossibilité de quitter le lit, maigreur; les aliments liquides peuvent seuls être ingérés. Hémiplégie subite, bras gauche immobile et contracturé, langue sèche et noire, dents fuligineuses, mais pas d'eschares, et pouls presque normal. Mort en janvier. — Saillie osseuse, triangulaire, mince et tranchante dans l'épaisseur de l'extrémité antérieure de la faux du cerveau. Poids total de l'encéphale, 955 grammes; poids du cerveau, 800; de l'hémisphère gauche, 431; du droit, 369; du cervelet et de la protubérance, 155; sérosité, 150. Pie-mère infiltrée en quelques points, sur les côtés des hémisphères, avec des traces de suffusion sanguine, adhérente à la substance corticale, dont elle entraîne la couche externe, lais-

([1]) Delaye, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n° 224, p. 9.

([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 8.

sant à nu une surface inégale, mamelonnée, rouge et saignante. En divers points, la pie-mère enlève toute l'épaisseur de la substance corticale, qui est, en général, atrophiée et ramollie; tandis que la substance médullaire est ferme, élastique et même indurée. Membranes du cervelet injectées, mais non adhérentes à la substance grise, qui est très colorée. L'ensemble de cet organe est moins consistant que le cerveau. Moelle exempte d'altération ([1]).

CXCIX° Obs. — Homme, trente-six ans, petit, grêle; intellect cultivé. A trente-quatre ans, légère attaque apoplectique, embarras de la parole, idées ambitieuses; hallucinations de la vue et de l'ouïe, affaiblissement de l'intelligence, cessation de tout sentiment affectueux, tressaillements spasmodiques de la face. Démarche saccadée, tremblement des mains, évacuations sans conscience; le pouls n'a jamais été fréquent, ni la peau chaude. Sensibilité cutanée émoussée. — Injection prononcée de la dure-mère à l'occiput. Sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Aspect gélatineux du feuillet viscéral, pie-mère infiltrée, très injectée, et adhérente avec la couche corticale, qui est d'un rose vif. Substance blanche ferme et même endurcie, injectée. Surface interne des ventricules parsemée de petites vésicules comme miliaires. Corps striés, couches optiques fermes, ainsi que le cervelet. Protubérance annulaire et moelle allongée injectées et de couleur rosée. Plaques cartilagineuses sur la pie-mère rachidienne; moelle épinière exiguë, ferme; sa substance grise est rougeâtre ([2]).

CC° Obs. — Homme, petit, sanguin, tête volumineuse, esprit versatile. A dix-neuf ans, syphilis. A trente-six, exaltation morale, irascibilité. Excès de spiritueux; à trente-neuf ans, délire ambitieux, parole difficile, marche chancelante, mains tremblantes, maigreur, diarrhée, œdème des jambes. Mort le troisième mois. — Sang abondant dans les vaisseaux. Sur les côtés de la grande scissure, le feuillet viscéral de l'arachnoïde est soulevé par une agglomération de bourgeons celluleux, grisâtres, condensés, qui augmentent son épaisseur. Plaque osseuse étoilée dans le feuillet arachnoïdien, qui tapisse la face interne du lobe antérieur droit. Pie-mère très injectée, œdémateuse, adhérente sur ce lobe et sur quelques points des lobes moyens. La substance grise y est ramollie et de couleur citrine. Substance blanche résistante, indurée, non injectée; quantité notable de sérosité limpide dans les ventricules, dont la membrane est hérissée de nombreux mamelons miliaires. Consistance

([1]) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 174.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 402.

augmentée de la voûte, du septum, du corps calleux, de la protubérance et de la moelle allongée ([1]).

CCI[e] Obs. — Homme, quarante-un ans, mère nerveuse, peintre en bâtiments, actif, gai, sobre, maniant le plomb depuis l'enfance; santé toujours bonne. En septembre, le caractère devient bizarre, taciturne; refus de boire ou de manger, désordre des vêtements, irascibilité, indifférence pour la famille, avarice; légères coliques. En décembre, craintes chimériques, convulsions épileptiques. A un bégaiement naturel s'ajoute l'oubli de syllabes. Tremblement, affaiblissement, somnolence. Evacuations soumises à la volonté, puis involontaires; stupeur; quelques réponses à voix basse et incomplètes, faiblesse générale, surtout du côté gauche; sensibilité cutanée conservée, douleurs dans les jambes, peau sèche et d'un jaune-grisâtre, surtout aux angles externes des yeux; bords des gencives et collet des dents marqués d'un liseré bleuâtre, caractéristique. En janvier, étourdissement passager; sensibilité exagérée, marche chancelante, manie d'embrasser tout le monde, de se coucher dans des lits autres que le sien, de s'étendre à terre, etc. Attaques avec écume à la bouche, dyspnée, puis intellect très affaibli; mais la mémoire n'est pas éteinte; sensibilité obtuse, parole très embarrassée, mouvements convulsifs des lèvres. Pas de délire ambitieux ni d'idées de richesse. Extrême insouciance, fonctions nutritives en bon état. Mort le seizième mois. — Sérosité abondante sous la dure-mère. Veines de la surface du cerveau très engorgées, feuillet viscéral de l'arachnoïde épaissi, soulevé par une infiltration plastique, chatoyante, d'un gris perlé. En enlevant les méninges, on entraîne une couche légère de substance cérébrale. Adhérence médiane des deux hémisphères, et surtout des lobes antérieurs, jusqu'au corps calleux. Pédoncule cérébral gauche ramolli superficiellement. Lobe occipital droit plus développé et plus pesant de 34 grammes que le gauche. Ventricule latéral droit plein de sérosité, le gauche est plus étroit. Ramollissement de toutes les parties centrales, tandis que les circonvolutions sont plus fermes qu'à l'ordinaire. Substance grise du cerveau et du cervelet de couleur foncée ([2]).

CCII[e] Obs. — Homme, quarante-deux ans, bilioso-sanguin, forte constitution, oncle aliéné; parfois, idées extravagantes. En septembre, loquacité, idées érotiques, irascibilité, accès de fureur. Folie ambitieuse. Parole embarrassée, marche vacillante. État stationnaire pendant trois ans; à la fin, incontinence d'urine, affaiblissement

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 374.
([2]) Devouges, *Annales médico-psychologiques*, 1857, p. 523.

général. — Méninges très épaisses et injectées; en quelques points, avec teinte opale. Pie-mère adhérente à la substance corticale, principalement sur les lobes antérieurs, où celle-ci est rougeâtre et ramollie. Substance médullaire ferme, corps striés et couches optiques injectés. Voûte grisâtre, peu consistante. Protubérance et bulbe durs; cervelet ramolli à sa surface (1).

CCIII° Obs. — Femme, quarante-cinq ans, forte, teint coloré; symptômes de paralysie générale, mais idées tristes; parfois, rire sans motif, parole embarrassée, sensibilité générale obtuse, sommeil prolongé. Fonctions nutritives en bon état; puis amaigrissement. Mort au bout d'un an. — Sérosité dans l'arachnoïde. Méninges très injectées. Adhérences de la pie-mère à la substance corticale, sur les lobes antérieurs du cerveau, et dans la grande scissure interlobaire, une couche de substance corticale est entraînée. Circonvolutions volumineuses, d'un rouge piqueté, ayant leur surface comme chagrinée aux points d'adhérence avec la pie-mère. Substance grise jaunâtre, rouillée; teinte générale du cerveau rosée, violacée. Substance blanche très mince et élastique. Adhérence de la pie-mère au cervelet, dont la substance corticale est jaunâtre, rosée. Coloration violacée de la protubérance et du bulbe (2).

CCIV° Obs. — Femme, cinquante-deux ans, grande, pâle, maigre, face épanouie; bavardage, inattention, mémoire affaiblie, délire ambitieux, démarche chancelante, parole tremblante, embarrassée; pupilles égales, agitation qui ensuite se calme. Pendant un an, pas de changement; puis faiblesse subite, évacuations involontaires, paralysie des membres droits, station impossible, bras gauche contracturé, mouvements convulsifs, eschares au sacrum. — Poids des deux hémisphères, 802 grammes; le gauche pèse 48 grammes de moins que le droit. Cervelet, 145 grammes. Sérosité recueillie, 255 grammes. Arachnoïde opaque, épaissie. Vaisseaux de la pie-mère dilatés. Adhérences avec la substance grise, principalement sur les bords de la scissure de Sylvius. Cette substance est mince, molle, granuleuse, colorée par places. Substance blanche indurée en certains endroits et plus molle en d'autres. Ventricules très dilatés et remplis de sérosité limpide (3).

CCV° Obs. — Femme, cinquante-six ans; depuis trois ans, états apoplectiques avec convulsions et perte de la parole; attaque très forte le 16 août. Tête et bouche déviées à gauche, parole nulle,

(1) Belhomme, *Nouvelles recherches d'anatomie pathologique sur le cerveau des aliénés affectés de paralysie générale*. Paris, 1845. (*Mémoires; etc.*, p. 577.)

(2) Thoumas-Lachassagne, Thèses de la Faculté de Méd. de Paris, 1846, n° 86, p. 23.

(3) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 183.

langue inclinée à droite, hémiplégie droite, pupille gauche plus dilatée que la droite, odorat conservé, respiration naturelle, pouls dur, fort, lent; toutes les cinq minutes, convulsions avec roideur du tronc et des membres; bras gauche élevé et tendu, agitation des lèvres et des mâchoires, clignottements, grimaces, soupirs, cris, agitation du bassin, stupeur, assoupissement, aspect stupide de la face, qui est injectée; langue sèche, déglutition facile. 19 août, pouls très rapide, 175, inspirations 30, spasmes; puis résolution complète des membres droits, incomplète des gauches; sueurs. Mort le soir. — Injection des vaisseaux encéphaliques. Sur le lobe antérieur gauche, adhésion des deux feuillets de l'arachnoïde, qui sont très épaissis. Résistance de la substance cérébrale à la surface; mais au-dessous, mollesse, diffluence, injection et petits épanchements sanguins. Substance blanche un peu molle et flavescente. Face supérieure du lobe antérieur droit agglutinée à la dure-mère. Sérosité rougeâtre dans les ventricules et le canal rachidien. Au centre de chaque hémisphère du cervelet, la substance médullaire est résistante, fragile, et d'un rouge gris mêlé de jaune [1].

CCVI^e Obs. — Femme, soixante-dix ans; depuis longtemps, tremblement des bras, faiblesse des jambes, incertitude de la marche, difficulté de la parole. En septembre, diarrhée, inappétence, lassitude, prononciation plus embarrassée. En octobre, délire violent, agitation des membres, cris, vociférations, mots sans suite, jactitation, puis anéantissement, perte de connaissance, yeux fermés, face pâle, déviation de la bouche à gauche, immobilité du bras droit, paralysie moins complète de la jambe droite, mouvement conservé à gauche, maintien de la sensibilité aux deux côtés, respiration lente, pouls faible et peu fréquent. Mort le troisième jour de l'attaque. — Dure-mère très adhérente aux os. Arachnoïde, pie-mère fort injectées de sang et infiltrées de sérosité roussâtre. Substance corticale d'un rouge intense et uniforme. Substance blanche excessivement résistante et fortement injectée dans toute son étendue. Le scalpel, porté obliquement, glisse sur les plans de fibres avant de les diviser, d'où résulte une surface alternativement saillante et sillonnée. Corps striés et couches optiques injectés. La protubérance annulaire présente dans sa moitié gauche, au milieu des parties très résistantes, quelques lignes de ramollissement et de désorganisation avec infiltration de sérosité lactescente. Cervelet ayant la consistance du cerveau. Concrétions ostéo-calcaires des valvules et de la courbure de l'aorte [2].

[1] Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 32.
[2] Delaye, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n. 224, p. 20.

et elle n'en rend compte qu'avec une grande difficulté. (On lui pratiqua une saignée du bras.) Elle est admise à l'hôpital Saint-André le 7 octobre ; on constate l'état suivant :

Face colorée, conjonctives injectées, pouls un peu fréquent, point de céphalalgie, prononciation gênée, la langue se meut avec difficulté, avec irrégularité, involontairement; la malade la retire aussitôt qu'elle est avancée hors de la cavité buccale. L'abdomen ne présente aucun point douloureux; les selles sont naturelles; il n'y a point de toux, la respiration s'exécute d'une manière assez libre; le membre inférieur gauche est frappé de paralysie du mouvement; élevé, il retombe de tout son poids; il est flasque, néanmoins il a conservé de la sensibilité. Le membre supérieur du même côté offre un peu plus de mobilité, mais les muscles ne se contractent que très faiblement; les doigts ne peuvent tenir serrés les objets que l'on place dans la région palmaire; il y a du fourmillement dans ce membre. Les membres droits ne présentent rien de particulier. (12 sangsues à l'anus.)

7, même état. (Bain; tisane de chiendent, lait, soupe.)

8, pouls plein, 88; face colorée, céphalalgie générale. (Saignée du bras; deux ventouses à la nuque.) Le sang de la saignée n'est point couenneux; mais le caillot est consistant.

9, 10, 11, pouls moins plein, moins fréquent; langue moins embarrassée, mais elle ne semble pas obéir à la volonté; elle ne peut être montrée qu'instantanément et comme par une sorte d'effort.

12, 13, pendant la nuit, cris, agitation; cependant pouls peu fréquent. (2 ventouses à la nuque; infusion légère de capsule de pavot.)

14, 15, pouls fréquent, exaltation dans les idées, moins de cris pendant la nuit; la malade soulève assez bien le bras gauche, mais la marche est impossible; pouls plein et dur. (Saignée du bras de deux palettes.)

16, vomissement abondant d'un liquide verdâtre, pouls fréquent et plein; le sang de la saignée présente un caillot consistant recouvert d'une couenne mince. (Limonade avec crème de tartre soluble, 10; pour le soir, infusion de pavot, 80.)

17, selles fréquentes, point de vomissements. 18, face un peu déviée, point de cris cette nuit. 19, 20, assez de calme.

23, mouvements désordonnés, agitation, la langue offre toujours la même instabilité. (Séton à la nuque.) 24, selles naturelles, assez de calme.

25, cris continuels; exaltation dans les idées; mais la malade comprend très bien ce qu'on lui dit. (Huit sangsues derrière les oreilles; limonade; lavement avec deux gouttes d'huile de croton tiglium.)

26, face colorée, quelques évacuations alvines. (Eau froide sur la tête, application continue.) 29, la langue est tenue un peu plus hors de la cavité buccale.

Du 30 octobre au 3 novembre, point de cris; la malade peut soulever un peu mieux le bras gauche; pouls assez calme. (Limonade, soupe, aliments légers.)

4-6 novembre, délire, agitation. (Large vésicatoire épicrânien.)

7, même exaltation. (Limonade émétisée; extrait thébaïque, 0,03.)

9, la malade ne crie plus; elle a eu des évacuations involontaires. 10, elle n'articule que difficilement quelques mots, qu'on ne peut comprendre.

11, gonflement de la face, infiltration des paupières (sorte d'inflammation blanche), coma profond. (Large cataplasme émollient sur le crâne; 4 sangsues à chaque tempe.)

13, bras gauche froid, joue gauche plus froide que la droite; la malade ne peut plus tirer la langue; le coma persiste. 14, évacuations involontaires, prostration des forces, pouls petit et fréquent.

15, l'assoupissement est continu, l'intellect paraît de plus en plus obtus; à peine quelques paroles incohérentes; résolution des membres gauches, le bras droit se meut pour relever les couvertures d'une manière automatique; face rouge, tête inclinée à droite, pupilles non dilatées, pouls peu fréquent, point d'évacuations. (Limonade émétisée.) 28, pupille gauche dilatée, la droite rétrécie; strabisme divergent, commissure gauche des lèvres déprimée. Mort le 24.

Nécropsie. — Yeux entr'ouverts. Mucosités jaunâtres et épaisses à l'entrée des fosses nasales et à la bouche. Rigidité cadavérique.

Après avoir enlevé la voûte du crâne par une section circulaire, on divise la dure-mère, et il s'écoule un peu de sérosité sanguinolente.

L'arachnoïde et la pie-mère qui recouvrent la convexité de l'encéphale sont rouges et épaissies, tandis que celles de la base sont intactes. La substance cérébrale est injectée; elle offre de petits points rouges dans toute son étendue. Au niveau de la partie postérieure et externe du lobe postérieur gauche, on trouve une ecchymose d'un décimètre d'étendue. En divisant le lobe postérieur droit vers sa partie moyenne, on rencontre une substance ramollie en petits grumeaux, semblables à ceux du lait caillé, et infiltrée d'un fluide épais, jaunâtre, purulent. Cet abcès est en dehors du ventricule droit, qui, ainsi que le gauche, est entièrement intact et ne renferme point de sérosité. Les artères calleuses, ainsi que les carotides internes et la basilaire, offrent des points d'ossification.

Poumons et cœur sains. La muqueuse gastrique offre une teinte

livide; elle est recouverte d'un mucus noirâtre, épais. Au niveau de la fin de l'iléon, la muqueuse intestinale est un peu rouge. Il n'y a point d'ulcération. Foie, rate et reins intacts.

§ VII. — Méningo-encéphalite chronique avec production de fausses membranes.

CCXII° Obs. — Fille, vingt-deux ans. Février, fièvre continue pendant la première semaine; durant la seconde, pouls lent, céphalalgie violente, pesanteur et battements dans la tête, abattement, vomissements. 5 mars, strabisme, pouls 84-90. 11, violent paroxysme de céphalalgie, suivi de convulsions. 15, confusion des idées, parole difficile, engourdissement dans le bras droit et dans le côté droit de la face, avec perte de la sensibilité tactile dans ces parties. 16, ces phénomènes ont disparu, mais les douleurs persistent; retour périodique des accidents pendant une quinzaine de jours. 20 avril, paroxysme violent, vomissements, douleur abdominale, diplopie; néanmoins, pouls naturel. Au commencement de mai, amélioration. Le 20, rétablissement successif; mais alors, gonflement des glandes du cou, qui reste plusieurs mois stationnaire; santé tolérable pendant l'été et l'hiver suivants; seulement, céphalalgie et battements dans la tête. Au printemps, douleurs de poitrine et de tête, pesanteur et étourdissements. En juin, plusieurs attaques comme des syncopes; par instants, perte de la mémoire et idées incohérentes, tendance à la stupeur, pouls 96-100, pâleur. 3 juillet, perte de la parole, yeux ouverts et paraissant voir. 5, coma, déglutition impossible, côté droit paralysé. 6, déglutition possible, pouls 130, yeux et intellect dans l'état normal, parole nulle, constipation. 10, coma complet; mort. — Dure-mère adhérente au milieu de l'hémisphère gauche, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. En ce point, une portion du cerveau, du volume d'une grosse noix, d'un rouge foncé à l'extérieur, surtout en haut et en dedans, où elle adhère à la faux, est assez dense mais très ramollie au centre; elle est de couleur cendrée et parsemée de points bruns rougeâtres. A la surface supérieure de la même partie se trouve une fausse membrane; là aussi la dure-mère est épaissie et comme spongieuse. Il en est de même de la portion correspondante du sinus longitudinal. Tubercules dans les poumons. Granulations dans la plèvre diaphragmatique ([1]).

CCXIII° Obs. — Militaire, vingt-six ans, ayant pris beaucoup de mercure. Il y a huit mois, paralysie de tout le côté gauche, persistante

([1]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, obs. XXVI, p. 109.

à la jambe, diminuée au bras. Plusieurs semaines après, cris, céphalalgie, hébétude. Il y a un mois, commencement de contracture des doigts de la main gauche. Tête penchée à droite et résistant avec une sorte de roideur. Mal de gorge. Fièvre intense; bras gauche fléchi et roide, insensible. Face violacée, langue sèche, fendillée, enduite d'une matière brune, tenace; respiration accélérée, bruyante; pupilles à peu près normales, puis très dilatées; assoupissement. Érysipèle au côté gauche du cou et du tronc; bouche déviée à droite, sensibilité nulle dans toute la partie supérieure du tronc, persistant aux jambes. Légers mouvements convulsifs de la mâchoire inférieure. Mort. — Os du crâne très épais et très durs. Méninges infiltrées par une matière gélatineuse, ayant six lignes d'épaisseur. Pseudo-membrane dans l'arachnoïde du côté droit, commençant à s'organiser. Adhérences de la pie-mère à la substance corticale de l'hémisphère droit, lequel est ramolli et réduit tout entier en une bouillie rosée. Substance blanche consistante et rosée. Moelle épinière ramollie vers le milieu de sa longueur ([1]).

CCXIVe Obs. — Soldat, trente ans; démence, semi-paralysie, idées ambitieuses, marche et station impossibles, tremblements et extension tétanique des membres. — Méningite chronique; fausse membrane épaisse sur la face interne de la dure-mère, à droite et à gauche, jaune-rougeâtre à gauche, avec des taches rouges et noirâtres, épaisse et résistante à droite, et pouvant être divisée en trois lames; l'externe a l'aspect séreux et les deux autres ont l'apparence fibreuse. On y distingue des vaisseaux sanguins et quelques petits caillots. Méninges adhérentes au cerveau, dont la substance grise est molle et très injectée; un peu de sérosité sur les hémisphères et dans les ventricules ([2]).

CCXVe Obs. — Militaire, trente-trois ans, manie, démence, avec attaques épileptiformes dans la dernière période de la maladie. Coma, résolution musculaire du bras gauche, avec persistance de la sensibilité. — Fausse membrane et adhérences entre la dure-mère et l'arachnoïde sur l'hémisphère gauche. Adhérence des méninges au cerveau, dont la substance est ramollie dans l'espace de deux pouces et réduite en une bouillie blanche et diffluente. Ventricule gauche vide; le droit contient de la sérosité; hémisphère droit sain ([3]).

CCXVIe Obs. — Cuisinier, trente-trois ans, pas d'excès; tête lourde, perte de la mémoire, aliénation mentale depuis onze mois;

([1]) Thoumas-Lachassagne, Thèses de la Faculté de Méd. de Paris, 1846, n° 86, p. 30.
([2]) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 295.
([3]) Bayle, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 50.

livide; elle est recouverte d'un mucus noirâtre, épais. A...
la fin de l'iléon, la muqueuse intestinale est un peu r...
point d'ulcération. Foie, rate et reins intacts.

§ VII. — Méningo-encéphalite chronique avec pro... membranes.

CCXII[e] Obs. — Fille, vingt-deux ans. Fé...
pendant la première semaine; durant la sec...
lalgie violente, pesanteur et battements d...
vomissements. 5 mars, strabisme, pouls 8...
de céphalalgie, suivi de convulsions. 15...
difficile, engourdissement dans le bras ... ula-
la face, avec perte de la sensibilité t... ...hérents
phénomènes ont disparu, mais les d... ...ng. Feuillet
dique des accidents pendant un ... ...ns supérieures
paroxysme violent, vomissement ... de rouille, très
néanmoins, pouls naturel. Au c... ...tions sanguines dans
Le 20, rétablissement successi... ...ormée de fibres lami-
du cou, qui reste plusieurs m... ...illaire, contenant un grand
dant l'été et l'hiver suivants ... et quelques corps fusiformes.
dans la tête. Au printemps ... s granules d'hématosine. On y
teur et étourdissements. ... ...g sphériques, décolorés; quelques
syncopes; par instants, ... capillaires. Dans la cavité de l'arach-
tendance à la stupeur ... transparente. Le feuillet arachnoïdien
parole, yeux ouverts ... néo-membrane, présente un aspect lisse et
sible, côté droit par ... ...ons vasculaires. Le feuillet viscéral est épais
intellect dans l'ét... injectée, adhérant à la substance corticale sur
complet; mort. — ... entraînant une couche superficielle des circon-
gauche, dans u... dénudées, présentent une surface molle, mame-
portion du cer... Injection et consistance normale de la subs-
à l'extérieur ... Injection et ramollissement de la substance corticale
faux, est ...
couleur c... ... Coiffeur, trente-quatre ans, hérédité vésanique,
face sup... ...nt sanguin; point d'excès; contrariétés. Parfois,
là aussi ... ...es légères, caractérisées par des éblouissements
même ... ...ents d'oreilles, et, plus tard, par la perte de
cules ... mouvements convulsifs généraux. Juillet, affai-
tiqu... ...able de la mémoire, de l'intelligence; mais pas
... amoindrie à droite, marche saccadée, tremble-
m...

(¹) Calmeil, *Paralysie des aliénés*, p. 54 et 434.
(²) Brunet, *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*, 1859, n° 84, p. 20.

roideur musculaire, tressaillements des muscles
supérieurs, embarras de la parole, pupilles
bilité intacte. Bon état des fonctions
mplète à droite, marche très diffi-
la parole. Septembre, légère
injectés; mouvements con-
Rigidité des membres,
idées de richesse,
ons fréquentes à
. Novembre, mouve-
res, surtout à droite;
, légèrement contracturés.
gauche. Démence complète.
s. Janvier, février, contracture;
t de très grande excitation. Mai,
ntracture et immobilité plus prononcées
plus contractée. Sensibilité très émoussée.
les derniers temps, à 90; miction difficile,
.. Mort le 31. — Os du crâne très injectés, ainsi
méningiens. Deux kystes s'étendent sous la dure-
a tente du cervelet jusqu'à l'apophyse crista-galli. Le
it être le plus ancien; il est mieux organisé. Appliqué
ment adhérent sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, il
que contigu au feuillet viscéral; il contient 30 à 40 grammes
n sang noirâtre, dont les globules sont incrustés de granulations graisseuses, mêlés à des granulations libres, à des leucocytes, à des cellules pavimenteuses. Ce kyste contient aussi de petits caillots fibrineux; ses deux parois sont presque appliquées l'une contre l'autre, et, en quelques points liées par des filaments cellulaires. La paroi supérieure peut se diviser en deux feuillets, et se sépare facilement de l'arachnoïde pariétale. La paroi inférieure est plus épaisse, très résistante, lisse et composée de trois ou quatre feuillets très intimement unis entre eux. La face interne du kyste est noirâtre et tomenteuse. Pas de vaisseaux sanguins visibles à l'œil nu. Le kyste droit a des parois moins épaisses, et il adhère au feuillet pariétal, dont il ne peut être isolé complètement. Arachnoïde cérébrale fine, transparente, avec quelques trainées blanches sur la convexité des hémisphères, le long des vaisseaux. Pie-mère très injectée, adhérente aux circonvolutions, dont la surface, fort injectée et considérablement ramollie, se déchire très facilement. Substance médullaire ramollie au niveau des parois des ventricules, qui contiennent peu de sérosité. Cervelet injecté, un peu ramolli. L'examen microscopique de la substance grise du cerveau présente des granu-

lations graisseuses en très grand nombre, disséminées dans la matière amorphe ou incrustées dans les parois des capillaires et des cellules nerveuses; fibres nerveuses brisées en petits fragments. Capillaires très volumineux, très flexueux, très distendus par le sang. Dans la substance blanche, tubes nerveux détruits en grand nombre, granulations graisseuses très abondantes. Corps granuleux de 0mm015 à 0mm025, ressemblant à ceux des encéphalites locales; noyaux et cellules embryo-plastiques. Ces altérations sont surtout marquées dans la région centrale du cerveau [1].

CCXIXe Obs. — Homme, trente-six ans, ivrogne. Depuis trois ans, aliénation mentale, puis paralysie générale, démence, incontinence des urines et des selles; attaques épileptiformes, contracture des membres, coma, marasme, eschares au sacrum. — Beaucoup de sérosité sous la dure-mère. A la face interne de celle-ci adhère une fausse membrane qui est en contact avec l'arachnoïde viscérale. Elle a un centimètre et demi d'épaisseur sur le lobe moyen droit; elle s'amincit en avant et en arrière, mais peut être enlevée tout d'une pièce. Elle est jaunâtre, en quelques points rougeâtre. Elle renferme plusieurs poches nettement limitées, contenant soit des caillots fibrineux, rougeâtres, nageant dans une sérosité sanguinolente, soit des concrétions fibrineuses, blanchâtres, ratatinées, résistantes. Le microscope fait voir, dans ces différentes poches, tantôt des globules rouges aplatis, déformés, tantôt des amas de pigment sanguin et de cristaux d'hématoïdine. La néo-membrane a une texture celluleuse et vasculaire. Les vaisseaux offrent une infiltration graisseuse de leurs parois; beaucoup de ces vaisseaux paraissent rompus. Méninges opaques, épaissies, blanchâtres, adhérentes à la substance corticale, qui est ramollie. Substance blanche injectée, comme tassée; ventricules latéraux pleins de sérosité; leur surface est chagrinée. Cœur petit, avec quelques noyaux d'ossification aux valvules sigmoïdes de l'aorte [2].

CCXXe Obs. — Fille, trente-six ans. Il y a deux ans, deux attaques d'apoplexie à quinze jours d'intervalle. Depuis cette époque, troubles de l'intelligence et suppression des règles. Récemment, délire maniaque et agitation; cris, marche difficile, parole presque impossible, urines et selles involontaires. Mort au bout de trois mois. — Face interne de la dure-mère doublée des deux côtés par une néomembrane rougeâtre, épaisse, fortement adhérente, composée de plusieurs couches qu'on peut séparer assez facilement. Elle présente une vascularisation très abondante, et des taches violacées dues à

[1] Brunet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, n° 84, p. 67.

[2] Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 79.

du sang épanché dans son épaisseur. Pas d'adhérence avec l'arachnoïde viscérale. Il y avait sous la dure-mère beaucoup de sérosité. Méninges opaques, épaissies, offrant des adhérences avec la surface de quelques circonvolutions. Parenchyme du cerveau rougeâtre et dur. Beaucoup de sérosité dans les ventricules. Quelques fines granulations sur la membrane qui les tapisse. Moelle légèrement ramollie ([1]).

CCXXI° Obs. — Militaire, trente-sept ans, esprit léger, excès variés et prolongés. A trente-deux ans, symptômes d'aliénation mentale, idées ambitieuses, gêne de la parole, affaiblissement intellectuel, mouvements libres. État stationnaire pendant plusieurs années. Depuis six mois, plusieurs séries d'attaques à forme éclamptique, démence, démarche lente et peu sûre. Mort après une attaque convulsive. — Diploë et dure-mère injectés. Face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissée dans presque toute son étendue par une fausse membrane mince, résistante, teinte en jaune de rouille et parsemée de points couleur bistrée. Sous l'arachnoïde viscérale, vaisseaux développés, injectés, accompagnés de traînées opalines. Pie-mère adhérente à la surface des circonvolutions, enlevant des lamelles de substance corticale ramollie, violacée, couverte de globules sanguins et imprégnée d'hématosine. Substance blanche injectée. Couleur rouge amaranthe de la substance grise des corps striés, des couches optiques, des cornes d'Ammon, de la protubérance et de la moelle allongée ([2]).

CCXXII° Obs. — Homme, trente-huit ans, hérédité vésanique, hémorrhoïdes qui ont cessé de fluer, onanisme, excès vénériens, syphilis traitée par l'iodure de potassium. Trouble des idées, embarras de la parole, amnésie, mouvements faibles, démarche incertaine; congestion cérébrale à forme apoplectique; démence, gaieté, paralysie des membres, convulsion des muscles de la face et de ceux de l'avant-bras. — Feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissé, excepté à la base du crâne et à la face inférieure de la tente du cervelet, par une pellicule mince, formée de deux ou trois feuillets demi-transparents, parsemée de beaucoup de points rouges, et même de petits caillots sanguins d'un rouge noirâtre. Cette membrane se déchire facilement; elle peut se détacher de l'arachnoïde pariétale, à laquelle elle n'adhère que par simple juxta-position. Cette face adhérente est dépolie, tandis que l'autre est lisse comme celle d'une séreuse (mêmes résultats microscopiques que ceux des observations précédentes). Peu de sérosité ventriculaire. Arachnoïde

([1]) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 74.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 555.

cérébrale et pie-mère injectées et friables, parsemées d'un grand nombre de granulations blanchâtres et jaunâtres, du volume d'un grain de semoule, abondant sur les régions antérieures du cerveau. Ces granulations sont formées de leucocytes, de granulations graisseuses libres, de matière amorphe et de noyaux embryo-plastiques. Méninges adhérant à la substance corticale, dont elles entraînent de larges pellicules blanchâtres friables, et qui mettent à nu des surfaces mamelonnées d'un rouge vineux. On peut isoler la substance grise de la blanche, en passant le manche d'un scalpel (1).

CCXXIIIe Obs. — Homme, trente-huit ans, intelligent, vie déréglée, excès de tous genres, fortune dissipée, chute de cheval il y a quatre ans; fréquente céphalalgie. Il y a trois ans, embarras de la parole, légère déviation des traits de la face, affaiblissement intellectuel, délire ambitieux non continu, progrès lents de la paralysie générale, incontinence des déjections, démence, roideur des membres, marche très difficile, embarras de la parole; néanmoins, possibilité d'écrire quelques lettres, incohérentes, il est vrai, mais les caractères sont assez bien formés; congestion cérébrale, assoupissement, résolution, insensibilité. — Vaisseaux encéphaliques très injectés. Sous le feuillet pariétal de l'arachnoïde se trouve, de chaque côté, une néo-membrane, adhérente à l'arachnoïde viscérale, le long du sinus longitudinal, imbibée de sang, constituée en bas par une pellicule mince et molle; en haut, où elle adhère à la dure-mère par des petits tractus, elle est épaisse et peut se dédoubler en quatre ou cinq feuillets, entre lesquels sont compris de petits caillots fibrineux noirâtres. La néo-membrane gauche est plus rouge et présente, en outre, sur les lobes antérieur et moyen, cinq petits kystes, ayant de un à cinq centimètres de diamètre, contenant de la sérosité sanguinolente, mêlée à de petits filaments fibrineux. Les parois du kyste le plus volumineux présentent trois feuillets; le plus interne est épais, élastique, résistant, blanchâtre et piqueté de sang; il est formé de fibrine à l'état granuleux, parsemé de leucocytes et de quelques cellules épithéliales. Il ne présente ni fibres lamineuses, ni noyaux embryo-plastiques. Lésions ordinaires de la méningo-encéphalite chronique. 100 grammes de sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde (2).

CCXXIVe Obs. — Jeune officier, manie aiguë; plus tard, gêne de la prononciation, difficulté à marcher; tout à coup, convulsions suivies de contracture du côté droit, sensibilité presque éteinte. Une semaine après, mêmes phénomènes aux membres gauches;

(1) Brunet, *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*, 1859, nº 84, p. 16.
(2) *Idem, ibidem*, p. 61.

coma. Mort un mois après l'apparition des mouvements cloniques. — La face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde est recouverte dans toute son étendue par une production accidentelle membraniforme organisée, de couleur jaune brun, et qui lui adhère assez intimement. En cherchant à la détacher, on la déchire par larges plaques, dans lesquelles se distinguent de nombreux vaisseaux. Entre cette néo-membrane et le feuillet cérébral de l'arachnoïde se trouvent environ quatre onces de sérosité. Ce feuillet n'offre aucune altération. La pie-mère adhère à la surface cérébrale, dont elle enlève de petits lambeaux. La substance corticale est inégale, boursoufflée et couleur lie de vin très foncée. Cette altération se retrouve dans les corps striés, les cornes d'Ammon, le cervelet, la moelle épinière, partout où existe la substance grise. Quant à la substance blanche, elle a conservé son état normal (1).

CCXXVe Obs. — Officier, contrariétés, transition d'un climat tempéré dans un pays chaud, perte de la raison, chute et fracture de la cuisse. Six mois après, prononciation gênée, membres inférieurs faibles, démence. Au bout d'un an, malpropreté; et de trois ans, sensibilité émoussée, motilité peu étendue, dépérissement, agitation, cris, eschares. Mort. — Cavité de l'arachnoïde distendue par une énorme quantité de sérosité trouble, au milieu de laquelle nagent des flocons albumineux. Sur le feuillet pariétal, on distingue une pellicule pseudo-membraneuse rouge, peu consistante, qui s'enlève par plaques; on la dirait inorganique, cependant on aperçoit, par transparence, quelques vaisseaux très ténus. Sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde se trouvent des lambeaux pseudo-membraneux analogues, mais excessivement minces. Adhérence de la pie-mère à la substance grise, dont elle détache des lames molles et de couleur rosée. Deux onces de sérosité dans les ventricules (2).

CCXXVIe Obs. — Homme, trente-neuf ans, constitution forte, jugement faux, épistaxis fréquentes; pertes d'argent, aliénation mentale, délire ambitieux. Agitation, parole embarrassée, sensations obtuses, mouvements brusques, vaisseaux de la tête congestionnés, érysipèle de la face et gonflement de la parotide, qui diminuent; mais la face s'altère; grincements des dents, râle, somnolence, etc. — 6 à 8 onces de sérosité citrine transparente dans la cavité de l'arachnoïde; une once dans chaque ventricule latéral. Pie-mère injectée et infiltrée de sérosité. Une fausse membrane presque libre sépare les deux feuillets de l'arachnoïde; elle recouvre la convexité des deux lobes antérieurs du cerveau et la fosse temporale droite.

(1) Calmeil, *Paralysie des aliénés*, p. 315.
(2) *Idem, ibidem*, p. 436.

Cette fausse membrane est transparente, d'un blanc brillant, sans taches ni vaisseaux, plus épaisse que le feuillet viscéral de l'arachnoïde, lequel est plus épais, plus résistant, plus opaque qu'à l'ordinaire, surtout à la base, derrière l'entrecroisement des optiques et le long du trajet des grosses veines. Adhérences de la pie-mère aux circonvolutions cérébrales, ramollies et saignantes ([1]).

CCXXVII[e] Obs. — Homme, quarante ans, prédisposition héréditaire, masturbation. Plusieurs attaques de congestion cérébrale; intellect affaibli, délire ambitieux, paralysie incomplète. Trois mois après, démence avec agitation violente. Plus tard, déjections involontaires, impossibilité de marcher et de se soutenir, roideur des membres. — Fausse membrane ayant, sur l'hémisphère gauche, deux fois l'épaisseur de la dure-mère, à laquelle elle adhère par beaucoup de filaments faciles à rompre, tandis que sa surface interne est libre, simplement contiguë au feuillet cérébral de l'arachnoïde. Ce dernier est opaque, blanc grisâtre, épais. Les méninges, quand on les détache, enlèvent des portions de substance corticale. Sérosité dans les ventricules, dont la membrane interne est épaisse, facile à détacher et couverte de granulations distinctes à la vue et au toucher ([2]).

CCXXVIII[e] Obs. — Homme, quarante ans, colporteur, tempérament nerveux-sanguin, caractère mobile, irritable; misère et abus des liqueurs alcooliques; trouvé sans connaissance sur un chemin. Coma pendant deux jours, contusions en divers points, agitation, cris, délire loquace; cependant, guérison au bout de deux mois. Nouveaux excès; alors, trouble intellectuel plus profond, extravagances, mobilité extrême, loquacité, fréquence du pouls, insomnie, agitation croissante, délire furieux, cris, vociférations; le malade déchire, brise, frappe; il meurt dans un état d'exténuation promptement arrivée au dernier degré. — Quelques onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, qui est tapissée par une fausse membrane de couleur rosée, un peu opaque, consistante, parfaitement organisée, tapissant toute la convexité de l'hémisphère droit, s'enlevant facilement de dessus le feuillet cérébral de l'arachnoïde; mais, en le soulevant, on voit se déchirer de petits filets qui (selon l'auteur) sont des vaisseaux passant de l'arachnoïde à la fausse membrane sur divers points. Arachnoïde présentant de petites plaques blanchâtres qui adhèrent à la substance grise correspondante, laquelle est ramollie, de couleur jaunâtre tirant sur l'ocre, notamment vers la bosse orbitaire et à l'union des lobes moyen et

([1]) Lélut, *Gazette médicale*, 1836, t. IV, p. 3.
([2]) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 305.

antérieur. Substance médullaire sablée de nombreux points rouges. Ventricules remplis de sérosité. Nerf olfactif gauche ramolli et jaune (1).

CCXXIX° Obs. — Gendarme, quarante ans. Il y a onze mois, maladie grave, ayant offert des phénomènes ataxiques, et suivie d'aliénation mentale. Délire bruyant; puis gêne dans la prononciation, affaiblissement des membres abdominaux; plus tard, des membres thoraciques. — Os du crâne très injectés, adhérents à la dure-mère. Sous cette membrane se trouve comme une seconde enveloppe fibreuse. C'est une fausse membrane d'une ligne d'épaisseur, composée de fibres longues, solides, blanches, très résistantes; on y distingue des vaisseaux, mais qui ne sont pas injectés. Sous cette néo-membrane se trouvent trois onces de sérosité. Sur les bords des diverses scissures, la substance grise adhère aux méninges et s'enlève avec elles sous forme de plaques molles et colorées en violet. La même coloration se trouve dans la substance grise des parties profondes. Substance blanche normale. Ventricules larges et pleins de sérosité (2).

CCXXX° Obs. — Homme, quarante-un ans, abus des plaisirs vénériens, syphilis. A trente-huit ans, douleurs dans les quatre membres; troubles dans les facultés intellectuelles. A quarante ans, attaques d'épilepsie; six mois après, accès de manie. Embarras de la parole, hémiplégie gauche incomplète, contracture du même côté, oblitération de l'intellect, convulsions, surtout à gauche. Mort. — Surface interne du pariétal gauche creusée pour recevoir un bourgeon celluleux, implanté sur la dure-mère. Dans la cavité de l'arachnoïde, sur l'hémisphère droit, on trouve une matière plastique, comme albumineuse, qui se sépare aisément des deux feuillets séreux en arrière, qui leur adhère étroitement en avant. De sorte que toutes les méninges sont accolées ensemble; elles sont rougeâtres. Le corps intermédiaire est fibrineux, comme charnu, résistant. Dans son épaisseur existent deux petits noyaux de couleur jaunâtre; ils sont durs, d'aspect fibreux, du volume d'une petite noisette. Sur le lobe postérieur droit, pie-mère injectée; substance corticale adhérente et ramollie. Le ramollissement pénètre dans l'épaisseur des lobes moyen et antérieur droits. Ce dernier présente les vestiges d'une vive inflammation. Son tissu est rougeâtre (3).

CCXXXI° Obs. — Homme, quarante-deux ans, caractère gai, hérédité vésanique, excès vénériens; chagrins. Délire, embarras de

(1) Aubanel, *Annales médico-psychologiques*, 1843, t. II, p. 79.
(2) Calmeil, *Paralysie des aliénés*, p. 18 et 432, et *Mal. infl. du cerveau*, t. I, p. 605.
(3) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 260.

la langue, idées ambitieuses; puis démence, marche chancelante, déjections involontaires, appétit vorace, serrement des mâchoires, grincements des dents, rigidité des membres. Pas de réponses aux questions, mais répétition continuelle de deux mots. Durée de la maladie, dix-sept mois. — Eschares du sacrum, adhérence de la dure-mère au crâne; deux onces de sérosité dans l'arachnoïde périphérique. Face gauche de la faux recouverte d'une fausse membrane très légère, arachniforme, rougeâtre, molle et pulpeuse, se prolongeant un peu sur la face interne de la dure-mère, se déchirant avec facilité, mais pouvant s'enlever avec la pointe du bistouri. Face interne de la dure-mère très injectée, principalement du côté gauche. Arachnoïde cérébrale épaissie, plus à gauche qu'à droite; pie-mère rouge et très injectée, adhérant en quelques points à la surface de l'hémisphère gauche, moins sur le droit. Une couche de substance corticale suit les méninges, qui ont à peu près leur état normal à la base. Peu de sérosité dans les ventricules, dont la membrane interne est épaisse, facile à détacher et couverte de granulations très ténues, mais sensibles au toucher [1].

CCXXXII^e Obs. — Militaire, quarante-deux ans, tristesse, idées de suicide, faiblesse des membres inférieurs; mouvements des doigts lents, bégaiement. Pas de symptômes généraux. Au bout de quatre mois, parole nulle, insensibilité, paralysie des membres, plus prononcée à droite. Le dixième mois, évacuations involontaires, démence complète, constipation. A la fin, eschares au sacrum, peau brûlante, haleine infecte, bouche sèche, pouls petit et fréquent, marasme. — En divisant la dure-mère, il s'écoule un peu de sérosité. Sur toute l'étendue de l'hémisphère gauche, la surface libre de l'arachnoïde cérébrale est recouverte par un coagulum de près d'un pouce d'épaisseur, qui ne lui adhère que faiblement. Cette masse a un aspect gélatineux; elle contient un kyste parfaitement organisé, représentant une vaste poche, remplie de sang noir, liquide, mêlé à des espèces de lambeaux blanchâtres ressemblant à du blanc d'œuf coagulé. Le feuillet arachnoïdien sous-jacent est de couleur brune par la transsudation du sang renfermé dans le kyste. La pie-mère adhère à la superficie du cerveau, qui n'est pas ramollie, mais qui s'enlève par lambeaux violacés, d'aspect rugueux et chagriné. Sur la convexité de l'hémisphère droit existe une production membraniforme, gélatineuse et non organisée, de cinq lignes d'épaisseur, entièrement solide, et elle s'enlève sans difficulté. Elle ne présente aucune exhalation sanguine. L'arachnoïde est épaissie, la pie-mère adhère aux circonvolutions, dont la

[1] Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 285.

substance grise offre une teinte lie de vin, et dont la consistance est normale. Le cerveau a une teinte lilas foncé. Dans les corps striés, les cornes d'Ammon, la substance grise a une teinte lie de vin plus foncée. Substance blanche de couleur et de consistance naturelles (1).

CCXXXIIIe Obs. — Gendarme, quarante-deux ans; mouvements lents et réfléchis, caractère mélancolique. A trente-huit ans, affliction profonde, délire triste. A quarante ans, idées de défiance et de crainte, gêne passagère de la parole; bientôt, hallucinations, accès répétés, soit de frayeur nocturne, soit de fureur; puis démence, lypémanie, symptômes de paralysie générale et de congestion cérébrale. Abolition des facultés intellectuelles et locomotrices. Double pneumonie. — Vaisseaux de la dure-mère injectés. Pas de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; mais le feuillet pariétal de cette membrane est tapissé, sur l'hémisphère gauche, par une coagulation fibrineuse, rougeâtre, mince et comme maculée par des îlots de sang. Ce feuillet est très vasculaire. Pie-mère épaissie, injectée de sang et infiltrée de sérosité sur les deux hémisphères cérébraux, et surtout aux scissures de Sylvius. Surface des circonvolutions offrant quelques petites érosions rougeâtres; la substance corticale présente généralement cette teinte. La substance blanche est criblée de pertuis vasculaires, larges et saignants, formant en quelques points des taches rouges ou jaunâtres. La partie inférieure des lobes moyens est d'un rouge couleur de chair crue. Dans les ventricules, la membrane interne paraît soulevée par des gouttelettes de sérosité sous forme de vésicules. La surface du quatrième ventricule est d'une teinte rouge framboisée. Substance grise de la moelle allongée et de la protubérance de teinte rouge-brune (2).

CCXXXIVe Obs. — Femme, quarante-deux ans; amaurose, revers de fortune. Il y a huit mois, délire aigu, suivi de lypémanie, d'embarras de la parole, de tressaillements des muscles de la face, de tremblements des mains, de roideur des membres, etc. — Os du crâne injectés, adhérents à la dure-mère; vaisseaux méningiens pleins de sang. Sur la convexité des hémisphères, le feuillet pariétal de l'arachnoïde est tapissé par une néo-membrane très fine, demi-transparente, plus consistante à gauche, ponctuée de sang. Elle est formée de fibres lamineuses, de noyaux embryo-plastiques, de quelques corps fusiformes, de granulations graisseuses et de beaucoup de globules sanguins. Ces éléments sont mêlés à de la matière

(1) Calmeil, *Paralysie des aliénés*, p. 236.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 645.

amorphe. L'arachnoïde pariétale, dépouillée de cette pellicule, est lisse et injectée. Un peu de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules. Arachnoïde viscérale et pie-mère injectées, peu épaisses, friables, adhérentes aux circonvolutions, dont elles entraînent la couche la plus superficielle, laissant à nu une surface saignante, de nuance gris-rosé ou rouge-vineux. Substance grise ramollie ([1]).

CCXXXV° Obs. — Homme, quarante-deux ans, faible intelligence, grande impressionnabilité, caractère bizarre, excentrique, excès de spiritueux. Hyperémie cérébrale. Délire aigu, suivi de délire ambitieux, d'embarras de la parole, de tremblement des lèvres; marche chancelante. Attaques épileptiformes, avec perte de connaissance; convulsions réitérées occupant parfois l'un ou l'autre côté du corps, plus souvent le gauche, et suivis de la contracture des membres et d'état comateux. — Feuillet pariétal de l'arachnoïde recouvert, dans les fosses orbitaires et sphénoïdales, par une néo-membrane parsemée de nombreux points couleur de rouille, très fine, très molle, demi-transparente, pouvant être détachée du feuillet pariétal, sans adhérence avec le feuillet viscéral, plus large et plus épaisse à droite qu'à gauche. Dans cette néo-membrane se trouvent des fibres lamineuses, de l'hématosine, des cellules épithéliales, de la matière amorphe, de petits noyaux embryo-plastiques. Sur chaque face de la faux se trouve une néo-membrane analogue, colorée par des globules sanguins. Feuillet pariétal de l'arachnoïde très vasculaire, aussi lisse au point de contact des néo-membranes qu'ailleurs. Beaucoup de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules; infiltrations sous-arachnoïdiennes abondantes. Méninges non épaissies, mais injectées, friables et adhérentes aux circonvolutions, dont la substance grise est ramollie et injectée. Lésions analogues, mais moindres dans le cervelet ([2]).

CCXXXVI° Obs. — Homme, quarante-trois ans, doreur sur bois, long abus de l'absinthe, ivresse à peu près quotidienne. Depuis deux ans, accès épileptiformes; depuis quelques mois, inappétence, hémoptysies. 27 et 28 janvier, excès alcooliques. 29, état convulsif, avec roideur des membres. Du 30 janvier au 3 février, jour de la mort, hébétude, air agacé, connaissance conservée, parole difficile, marche irrégulière; toutes les cinq minutes, le malade prononce quelques mots inintelligibles, saisit un appui avec la main droite, est comme plié en deux, avec les membres droits étendus, roides, et agités de secousses. Ces accès ne durent qu'une demi-minute. Pupilles immobiles, modérément dilatées; miction normale, pouls

([1]) Brunet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, n° 84, p. 25.
([2]) *Idem, ibidem*, p. 27.

fort, régulier, 92; respiration 24. Sensibilité obtuse des deux côtés du corps. — Forte congestion céphalique. Surface interne de la dure-mère, sur le lobe antérieur gauche du cerveau, tapissée par une néo-membrane fine, très rouge, irrégulière et comme déchiquetée, de huit centimètres de diamètre; adhérente, mais pouvant facilement être séparée de la dure-mère, qui est injectée et couverte d'un pointillé abondant. Pie-mère épaissie et se séparant aisément de la surface cérébrale, sauf en deux points situés à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche, où la substance corticale est complètement ramollie, ainsi qu'une partie de la substance blanche correspondante. Dans la substance grise, on trouve, au microscope, des globules pyoïdes, et dans la substance blanche, des débris de tubes nerveux et des gouttes d'huile en grande quantité. Tissu adipeux développé autour du cœur, dans la cavité abdominale, dans le foie (1).

CCXXXVII^e Obs. — Homme, quarante-quatre ans; paralysie générale, violente agitation, marche rapide de la maladie. — Dans la fosse sphénoïdale droite, le feuillet pariétal de l'arachnoïde est recouvert d'une néo-membrane très fine, demi-transparente, très peu consistante, se déchirant par la plus légère traction. Elle est parsemée de taches couleur de rouille. Sa texture présente des fibres entrecroisées; on y découvre des fibres lamineuses, des fibres dartoïdes, des cellules pavimenteuses et un grand nombre de granules d'hématosine, à peine quelques noyaux embryo-plastiques. Beaucoup de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde, surtout à droite. Sérosité un peu louche dans les ventricules. Pie-mère injectée et avec quelques suffusions sanguines; adhérences des méninges, qui entraînent avec elles une pellicule mince, blanchâtre, au dessous de laquelle la substance corticale est gorgée de sang, et offre une couleur lie de vin. Substance blanche ferme et injectée (2).

CCXXXVIII^e Obs. — Homme, quarante-quatre ans, forte constitution, intelligence cultivée, caractère fougueux. A quarante-un ans, trouble de l'intelligence, idées de richesse, de grandeur; appétit vorace, pouls normal, sensibilité tactile conservée, affaiblissement du côté droit; démarche lourde, saccadée; articulation de quelques mots très difficile. Perte de connaissance et tressaillements des membres; alors, face rouge et tête porté en arrière. Progrès de la démence, grincements des dents; déglutition difficile, etc. — Dure-mère parsemée d'arborisations vasculaires très nombreuses. Cavité

(1) Aug. Voisin, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1861, 3e série, t. III, p. 6.
(2) Brunet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, n° 84, p. 32.

gauche de l'arachnoïde occupée par une poche pseudo-membraneuse remplie d'un liquide citrin. Dans la cavité droite se trouve une concrétion pseudo-membraneuse épaisse, composée de lames appliquées les unes contre les autres, mais non séparées par un liquide épanché. Les cavités de la base du crâne, sur lesquelles s'étendent ces pseudo-membranes, sont piquetées de mouchetures jaunâtres et de sugillations sanguines. Pie-mère adhérente à la surface cérébrale sur plusieurs points. Circonvolutions larges, comme tassées; substance corticale couleur rouge de brique ou violacée; substance blanche ferme; corps striés jaunâtres. Pie-mère cérébelleuse entraînant des lamelles de substance corticale, dont la couleur est jaune-orange ou violacée, et la consistance moindre qu'à l'ordinaire. Substance grise du mésocéphale couleur de rouille. Observations microscopiques qui mettent hors de doute la vascularité des néomembranes et l'état phlegmasique de la couche corticale (1).

CCXXXIXe Obs. — Homme, quarante-quatre ans, maçon, robuste. Depuis deux ans, projets ambitieux, grande activité; néanmoins, continuation des travaux habituels. Juin, agitation, surexcitation, délire, actes extravagants. Loquacité excessive, mais embarras de la langue; hésitation, bégaiement, débilité des membres inférieurs, vacillation sur les jambes comme un homme pris de vin. Intelligence, mémoire affaiblies. Septembre, hébétude, prostration, lenteur des réponses, mais continuation des idées de grandeur; station, marche chancelantes; voix tremblante, prononciation très difficile, évacuations involontaires. Octobre, congestion cérébrale, avec perte de connaissance momentanée, se renouvelant quelques jours après. Mort le 1er novembre. — 400 grammes de sang décoloré et caillebotté s'écoulent de la cavité de l'arachnoïde, renfermés dans une fausse membrane parfaitement organisée, de plusieurs lignes d'épaisseur et formant kyste, mais dont les deux feuillets sont réunis en une seule membrane aux parties antérieure et postérieure du cerveau. Arachnoïde et pie-mère épaissies et infiltrées; adhérences avec la substance corticale ramollie, injectée et emportée avec les méninges. Circonvolutions cérébrales épaissies, vaisseaux gorgés de sang. Substance blanche de consistance normale (2).

CCXLe Obs. — Femme, quarante-cinq ans, imagination triste et exaltée. Menstruation irrégulière à quarante-deux ans et dix mois. Manque de mémoire, d'attention; affaiblissement intellectuel. Démence, avec paralysie générale incomplète; parfois, agitation et cris. Pendant cinq jours, perte de connaissance et secousses convul-

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 598.

(2) Peyron, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1859, n° 81, p. 61.

...istance des tressaillements muscu-
...ns la cavité de l'arachnoïde,
...urulente. Feuillet pariétal
...e formation récente. Feuillet
...it dépôt de matière fibrineuse,
...re, dont l'aspect est purulent.
...le à détacher de la membrane.
...ment sur le trajet des gros troncs
...congestionnée. Quelques adhérences à
...t rouge. Substance médullaire ferme (¹).

...e, quarante-cinq ans, paralysie générale, ...gitation, grincements de dents, roideur des ...e, pupilles inégales. Mort. — Sur le feuillet ...ide, excepté à la base du crâne, pellicule très ...mi-transparente, blanchâtre, ne présentant aucun ...unâtre; plus épaisse, plus consistante à la partie ...hémisphères et près de la grande scissure médiane; ...e à l'arachnoïde pariétale. On peut en détacher de ...eaux. Étudiée au microscope avec M. Ch. Robin, cette ...mbrane a offert un aspect granuleux, finement strié, sem- ...celui de la fibrine en voie de décomposition. On y reconnaît ...res lamineuses très fines, des noyaux embryo-plastiques ...és dans une matière amorphe. L'arachnoïde pariétale est un ... injectée et lisse; l'arachnoïde viscérale et la pie-mère sont ...paissies, injectées, adhérentes aux circonvolutions cérébrales, surtout vers les scissures. Substance grise rosée, ramollie; substance blanche injectée. Membrane interne des ventricules épaissie, injectée, parsemée de granulations miliaires, surtout dans le quatrième ventricule (²).

CCXLIIe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, hémorrhoïdes qui ont cessé de fluer, interruption de l'usage des purgatifs et des sangsues au siége. Exaltation mentale, puis symptômes de paralysie générale. Quatre ou cinq attaques de congestion, démence, embarras de la parole, convulsions des muscles de la face, roideur des membres. Gaieté sans idées de grandeur. — Os du crâne injectés, adhérents à la dure-mère; veines et artères méningées gorgées de sang. Feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissé par une membrane extrêmement mince, peu adhérente, peu consistante, lisse, transparente, grisâtre, parsemée çà et là de petites infiltrations sanguines. L'arachnoïde pariétale, dépouillée, est lisse, mais présente une

(¹) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 632.

(²) Brunet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, nº 84, p. 10.

foule d'artérioles et de veinules formant de riches arborisations (la néo-membrane présente les caractères des blastèmes dans lesquels naissent des fibres lamineuses : matière amorphe, noyaux ovoïdes, embryo-plastiques; quelques cellules épithéliales, corps fusiformes, globules sanguins, globules d'hématosine). Peu de sérosité dans les ventricules. Arachnoïde et pie-mère injectées, un peu opaques sur le trajet des principaux vaisseaux, et parsemées de quelques granulations blanchâtres ou jaunâtres, formées de leucocytes plus ou moins incrustés de granulations adipeuses et de noyaux embryoplastiques. Les méninges adhèrent à la substance corticale, qui est ramollie, rougeâtre [1].

CCXLIIIe Obs. — Femme, quarante-cinq ans, taille élevée, constitution forte; démence paralytique, embarras de la parole, idées d'opulence, tremblement des lèvres, roideur des membres; légères attaques de congestion cérébrale, manifestées par des étourdissements et des chutes. — Os de la voûte du crâne très injectés, ainsi que les vaisseaux de la dure-mère, qui sont très apparents, surtout à la face interne. Cette face est tapissée, dans les fosses occipitales, par une couche de matière plastique, mêlée à une grande quantité de sang, qui lui donne une coloration d'un rouge vif. Ce blastème sanguinolent a la consistance d'une solution gommeuse; il forme çà et là de petits îlots rougeâtres, entre lesquels on ne voit qu'une couche fort mince, mais appréciable. Sur l'hémisphère droit, la face interne de la dure-mère est tapissée par une couche de blastème, plus consistante, de couleur rouillée et probablement de date plus ancienne. Près de la faux, on peut en détacher de petits lambeaux membraneux, très fins et peu consistants. Dans les fosses antérieures et moyennes de la base du crâne, ce blastème a une teinte rouillée. La faux est enduite par un exsudat d'un rouge vif. La dure-mère est tapissée, sur l'hémisphère gauche, par une néo-membrane de couleur rouillée, pouvant s'enlever par lambeaux de 4 ou 5 centimètres; elle est peu adhérente; mais, en l'enlevant, on rompt de petits tractus qui la fixaient en quelques points; elle est très fine et transparente, et cependant peut être divisée en deux feuillets près du sinus longitudinal supérieur. Il n'y a pas d'exsudat ni de néo-membrane sur la face interne de la dure-mère, dans les fosses ethmoïdale et pituitaire, ni dans la gouttière basilaire. Légère infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Quelques opalescences de l'arachnoïde sur les parties latérales des hémisphères. Développement des granulations de Pacchioni. Adhérence des méninges à la surface du cerveau en plusieurs points. Cette adhérence et la décor-

[1] Brunet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, n° 84, p. 19.

tication qui en résulte sont plus marquées sur les régions moyennes et postérieures qu'en avant. Substance grise colorée dans les points ramollis. Toutes les altérations méningiennes et cérébrales sont plus considérables sur l'hémisphère gauche que sur le droit, lequel pèse aussi 20 grammes de moins que son congénère. Surface du cervelet un peu ramollie. Face interne du quatrième ventricule injectée et parsemée de nombreuses vésicules miliaires. Vu au microscope, l'exsudat des fosses occipitales et de la faux a montré de nombreux globules sanguins décolorés, quelques granules d'hématosine, quelques cellules épithéliales, une matière amorphe avec granulations adipeuses, de nombreux noyaux embryo-plastiques allongés ou ovoïdes, beaucoup de corps fusiformes, quelques faisceaux de fibres lamineuses. Ni fibres dartoïques, ni vaisseaux. Quelques capillaires n'ont été observés que dans deux points de la néo-membrane, dont l'organisation était plus avancée. La substance corticale présente les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite : augmentation de la matière amorphe, incrustation des cellules nerveuses par des granulations graisseuses et pigmentaires. Atrophie des tubes nerveux et des cylindres de l'axe. Nombreux noyaux embryo-plastiques, corps fusiformes, etc. (1).

CCXLIVe Obs. — Homme, quarante-six ans, forte corpulence, caractère vif et gai. A quarante-deux ans, hilarité exagérée, délire, état frénétique, injures, imprécations, violences, insomnie, gêne de la prononciation, idées ambitieuses, démarche mal assurée. Mort subite. — Dure-mère injectée. Fausse membrane séparée du feuillet viscéral de l'arachnoïde par environ 100 grammes de sérosité; elle enveloppe la totalité des deux hémisphères cérébraux; elle offre une ligne d'épaisseur et est composée de deux lames superposées et séparées l'une de l'autre par de gros grumeaux d'un sang violacé; elle est ferme, sans présenter encore de ramifications vasculaires; on la sépare très aisément des régions où elle adhère à l'arachnoïde pariétale. Hémisphères cérébraux comprimés. Pie-mère infiltrée de sérosité épaissie, assez résistante, fort rouge et très injectée; elle adhère en plusieurs points à la substance corticale, qui est humide, molle, d'un rose couleur de chair, marbré de teintes rouges. Substance blanche ferme et sablée de points rouges (2).

CCXLVe Obs. — Fondeur en cuivre, quarante-sept ans, démence et paralysie générale, délire maniaque, ambitieux; pas de phénomènes spasmodiques; marche possible, même peu de temps avant la mort. — A la face interne de la dure-mère existe une fausse membrane, gr-

(1) Brunet, *Gazette médicale*, 1864, p. 50.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, 1859, t. I, p. 541.

correspond aux lobes antérieurs du cerveau, et sous laquelle sont contenues 5 ou 6 onces d'un liquide roussâtre. La fausse membrane a l'épaisseur d'une feuille de parchemin, et ressemble à une couche mince de colle de poisson fondue. Son fond est blanc, transparent, et sur ce fond se dessinent des taches ou des traînées rouges. Ces taches sont de petits sacs de sang contenus entre deux lames de cette pseudo-membrane. Ces traînées sont de même nature et ressemblent à des canaux veineux, les uns isolés, les autres communiquant entre eux, mais ne s'ouvrant point dans les veines de l'arachnoïde; seulement, de la pointe de chaque lobe antérieur, deux ou trois veines considérables se détachent du feuillet cérébral de l'arachnoïde, et, après un trajet de 7 à 8 lignes, se joignent à la fausse membrane à laquelle elles adhèrent, et s'y arrêtent, sans se continuer ni même communiquer avec les canaux veineux de cette dernière. Feuillet cérébral de l'arachnoïde en quelques points épaissi et opaque. Pie-mère injectée et adhérant à plusieurs circonvolutions, dont la substance grise est rosée et molle. La substance cérébrale en général a peu de consistance, excepté en quelques points indurés de la partie inférieure du lobe moyen droit ([1]).

CCXLVI^e^ Obs. — Médecin, goût de la dépense, désordre, gêne. A quarante-quatre ans, délire, monomanie ambitieuse, embarras de la parole. A quarante-cinq ans, exaltation maniaque, spasmes musculaires, roideur des jarrets. A quarante-six ans, perte de connaissance, somnolence, affaiblissement intellectuel; parfois, retours de pétulance, marasme. Mort à quarante-sept ans. — Fausses membranes picotées de jaune d'un côté, grisâtres de l'autre, appliquées sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Pie-mère épaissie, infiltrée de sérosité, adhérente à la substance corticale, dont une couche se détache avec elle. Couleur jaunâtre orangée de deux circonvolutions du lobe supérieur droit. Teinte violacée de l'intérieur de la substance grise ([2]).

CCXLVII^e^ Obs. — Négociant, quarante-sept ans, robuste, caractère violent, abus des spiritueux, ivresse fréquente, exaltation maniaque, avec idées ambitieuses, démarche chancelante, gêne de la parole, affaiblissement de la vue, oblitération de l'intelligence. Mort. — Face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissée à droite et à gauche, dans toute son étendue, par une production couenneuse, formée de lames superposées et contenant, dans son épaisseur, des grumeaux de sang. Cette fausse membrane peut être détachée du feuillet pariétal; elle adhère plus lâchement à l'arach-

([1]) Lélut, *Gazette médicale*, 1836, t. IV, p. 6.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 666

noïde viscérale. Pie-mère injectée et soudée à la surface corticale, qui est ramollie, vasculaire, d'une teinte rouillée et jaunâtre. Substance blanche très consistante. Dans la paroi du ventricule gauche, au-dessus du corps strié et de la couche optique, petit kyste pisiforme contenant une sorte de gelée mêlée à une substance micacée brillante, cristallisée sous forme de lames. Substance grise du prolongement rachidien de couleur jaunâtre ([1]).

CCXLVIIIe Obs. — Homme, quarante-sept ans, intelligent, caractère ferme; atteintes de névralgie sous-orbitaire gauche. A quarante ans, en Afrique, chute, insolation et usage de l'absinthe. A quarante-trois ans, vifs chagrins. A quarante-six ans, gêne de la parole, faiblesse des jambes, spasmes, tremblements, délire ambitieux, démence, paralysie générale. A quarante-sept ans et quelques mois, agitation, cris, grincements des dents; puis membres inertes, surtout à gauche; râle, somnolence; mort. — Feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissé des deux côtés par une large production pseudo-membraneuse, aussi épaisse que la dure-mère, plus mince à droite qu'à gauche, de texture celluleuse. Sous cette fausse membrane se trouve un liquide puriforme grisâtre, en contact, d'autre part, avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Le microscope y montre des globules de pus. Pie-mère très épaisse, infiltrée d'une matière comme gélatineuse, sorte de lymphe récemment coagulée, contenant aussi des globules de pus. Sur certaines circonvolutions, on voit des plaques pseudo-membraneuses sous-jacentes à la pie-mère, et n'ayant pas contracté d'adhérence avec la substance corticale. Circonvolutions en général dures et comme rabougries, traversées par des vaisseaux assez développés. Parois externes des ventricules ramollies, parsemées de vaisseaux ([2]).

CCXLIXe Obs. — Femme, quarante-sept ans, intelligence développée, pertes de parents et de fortune, émotions très pénibles, chagrins, cessation des règles il y a deux ans et neuf mois. En janvier, céphalalgie générale, fièvre, inappétence, constipation, prostration physique et morale, embarras dans la prononciation. Quelque temps après, idées chimériques de richesse et d'ambition, dont la malade reconnait la fausseté, mais qui se reproduisent sans cesse et sous des formes diverses; paresse. Puis amélioration, retour de l'aptitude au travail de couture et d'idées assez justes; l'embarras de la langue a diminué, les règles ont reparu. Au bout de quelque temps, la parole s'embarrasse, la marche devient lourde; plus tard, état grave, à la suite duquel on constate le tremblement

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 364.
([2]) *Idem, ibidem*, t. II, p. 356.

des lèvres, l'absence de sensations et de toute expression, l'incontinence des urines; ensuite, alternatives de calme, d'agitation et de cris, retour de la parole, désir de beaux vêtements, possibilité de marcher, intermittence tierce des symptômes, sans fièvre, motilité conservée aux deux bras, mais moindre à gauche, doigts de cette main rétractés, sensibilité conservée aux bras, diminuée aux jambes, encore active à la plante des pieds; jambe droite roide et pied du même côté contracturé dans l'extension; maigreur extrême, pupilles contractées, évacuations involontaires. Mort en octobre. — Nombreuses gouttes de sang à la surface de la dure-mère. Notable quantité de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Cette cavité présente, à la région temporale droite, un caillot sanguin applati, très mince en quelques points, en d'autres composé d'une membrane transparente, à l'intérieur de laquelle se trouve du sang épanché. Ce caillot, assez bien organisé, est situé sur l'arachnoïde viscérale, dont il se sépare très facilement, et sur laquelle il paraît simplement reposer. Il résiste assez bien aux tractions, et se laisse lever sans se déchirer. Méninges opaques, infiltrées. Pie-mère rouge, injectée. La substance grise suit les membranes; on en arrache d'assez larges lambeaux, surtout vers la grande scissure et à la partie antérieure des hémisphères. Un peu de sérosité trouble dans les ventricules (1).

CCLe Obs — Femme, quarante-huit ans, tempérament sanguin, irritable; longue période d'exaltation morale, d'insomnie, d'inquiétude. Il y a six mois, délire, loquacité, cris, agitation; puis symptômes de paralysie, jambes faibles, parole mal articulée; enfin, maigreur, eschares au sacrum, coma, convulsions. — Environ 100 grammes de sérosité jaunâtre dans la cavité de l'arachnoïde. Le feuillet pariétal de cette séreuse est recouvert, vis à vis la fosse moyenne droite de la base du crâne et sur la tente du cervelet du même côté, d'une néo-membrane fibrineuse, facile à détacher. Elle est grisâtre, mais contient des globules sanguins qui lui donnent une teinte orangée. La pie-mère a contracté des adhérences avec le lobe moyen gauche. A droite, la substance cérébrale présente des espèces de taches pétéchiales de couleur framboisée. Substance blanche injectée (2).

CCLIe Obs. — Homme, cinquante ans, ancienne plaie d'arme à feu. Agitation excessive, cris, loquacité, incohérence des idées, évacuations involontaires, puis perte des forces. — Dans la cavité arachnoïdienne, double pseudo-membrane développée au contact de l'arachnoïde du cerveau et de celle de la dure-mère. Celle

(1) Jules Falret, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, no 112, p. 132.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 550.

qui tient à la dure-mère est épaisse, rouge, et contient des renflements noirâtres. Celle qui adhère à l'arachnoïde cérébrale est grise et translucide. Dans l'hémisphère gauche, les circonvolutions de l'île, qui s'unissent à celles du lobe antérieur, offrent à leur surface une couleur de rouille. La pie-mère est remplacée par plusieurs lames de tissu cellulaire condensé de même couleur. Au-dessous, il y a atrophie avec induration de ces circonvolutions. Du côté opposé, dans la scissure de Sylvius, une circonvolution offre une plaque jaune rouille, et la couche corticale est remplacée par un tissu celluleux condensé. Hyperémie générale de l'encéphale. Couche corticale atrophiée dans les lobes antérieurs [1].

CCLII° Obs. — Ancien marchand de vin, intelligent, aisé, caractère vif, emporté, usage modéré des spiritueux; parfois céphalalgie. A quarante-trois ans, attaque comateuse, avec convulsions; affaiblissement intellectuel. A quarante-sept ans, deuxième attaque éclamptique, faiblesse dans les jambes, parole moins facile. Deux ans après, attaques convulsives répétées, perte de la mémoire, idées incohérentes, agitation, malpropreté, réponses lentes, monosyllabiques; marche chancelante, tremblement des mains. A cinquante-un ans, mort après vingt-trois heures de convulsions. — Dure-mère très injectée, large ostéide, poli comme de l'ivoire, logé dans l'épaisseur d'une fausse membrane fibreuse placée sur le côté gauche de la faux du cerveau, vis à vis le lobe postérieur. Un peu plus en arrière, et dans la faux elle-même, sorte de rosace composée de 15 à 20 pointes osseuses, fines comme des aiguilles, de 3 centimètres de longueur. Dans la cavité de l'arachnoïde, du côté gauche, fausse membrane, dont l'aspect est celluleux, étendue sur tout l'hémisphère; 30 grammes de sérosité rosée contre cette fausse membrane et le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Sur l'hémisphère droit, production pseudo-membraneuse, composée de deux lames ou feuillets d'apparence fibreuse, entre lesquels se trouvent cent grammes d'un liquide trouble (fibrine, globules sanguins, globules de pus). En outre, dans les fosses occipitales inférieures, le feuillet pariétal de l'arachnoïde, très vasculaire et très injecté de sang noir, est tapissé par une couche pseudo-membraneuse mince, composée de fibrine à l'état pulpeux, d'hématosine, de globules sanguins. Dans la scissure de Sylvius gauche, entre l'arachnoïde et la pie-mère, se trouve une grosse vésicule remplie d'un fluide séreux. Sur le lobe postérieur gauche, la pie-mère a une couleur brune due à l'état de turgescence de ses vaisseaux. Substance corticale adhérente aux méninges en beaucoup de points, rougeâtre ou jaunâtre, et ramol-

[1] Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 291, p. 303.

lie. Substance blanche injectée, corps striés vasculaires, le droit coloré en rouge. Sur le cervelet, pie-mère teinte par l'injection des vaisseaux. Protubérance un peu rose (1).

CCLIIIe Obs. — Homme, cinquante-deux ans. Il y a deux ans, perte de connaissance, de la parole; paralysie des membres inférieurs. Depuis dix-huit mois, délire général, incohérent; hallucinations, parole difficile, station chancelante, marche difficile, congestions cérébrales répétées. Évacuations involontaires, diarrhée, assoupissement; mort. — Os du crâne très épais. Pseudo-membrane divisée en deux portions réunies par des adhérences celluleuses, et, de plus, accolées aux feuillets pariétal et cérébral de l'arachnoïde, et offrant un grand nombre de ponctuations rouges. Petite quantité de sérosité purulente dans la cavité de l'arachnoïde. Épaississement, opacité et fragilité de l'arachnoïde cérébrale. Dans les trois quarts antérieurs des hémisphères, infiltration séro-purulente de la pie-mère, qui adhère en plusieurs points à la couche corticale; celle-ci est de teinte grisâtre, ardoisée. Substance médullaire de couleur rosée (2).

CCLIVe Obs. — Homme, cinquante-quatre ans. A cinquante ans, pertes pécuniaires, chagrins; attaque apoplectique, suivie d'embarras de la langue et d'affaiblissement mental. Deux ans et demi après, deuxième congestion cérébrale. Trouble plus grand de l'intelligence, embarras de la prononciation, gêne de la marche. Progrès de la paralysie. Troisième attaque, déglutition difficile, action musculaire affaiblie; néanmoins, la mort n'a lieu qu'un an après. — Face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissée par une fausse membrane, composée de plusieurs couches plastiques, d'un aspect fibreux et presque aussi résistantes que la dure-mère. Elle est sillonnée de vaisseaux. On peut la détacher de la surface du feuillet pariétal, qu'elle recouvre. Elle est séparée du feuillet viscéral par une certaine quantité de fluide séreux. La pie-mère, infiltrée, épaissie, injectée, adhère par beaucoup de points à la surface des circonvolutions encéphaliques. On enlève avec elle des lames de couche corticale. Beaucoup de vaisseaux injectés dans le cerveau. Sérosité dans les ventricules; petites éminences vésiculeuses sur les parois du quatrième (3).

CCLVe Obs. — Homme, cinquante-six ans, ancien soldat, tempérament sanguin. En août, délire maniaque intense; insomnie,

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 616.

(2) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 288, p. 298.

(3) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 561.

agitation, cris, paroles incohérentes; puis un peu de calme; mais intellect toujours troublé, affaibli; marche un peu incertaine; parfois, légers tremblements convulsifs des lèvres, mouvements des mâchoires, sorte de mâchonnement. Au bout de cinq à six mois, symptômes de paralysie plus prononcés, chute sur le sol presque sans connaissance. Langue plus embarrassée, lèvres tremblantes. Aggravation successive de l'état mental pendant plusieurs mois, affaiblissement musculaire toujours croissant; parfois, raptus sanguin vers la tête. Dans une violente congestion, chute, résolution des membres, respiration stertoreuse pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, la connaissance revient, les bras exécutent quelques mouvements. Marche difficile et très incertaine, parole réduite à une sorte de bredouillement, mais appétit vorace et conservation de l'embonpoint. Toutefois, progrès de la maladie, extinction graduelle des forces et de la vie. — Poids de l'encéphale, 1,082 grammes; du cerveau seul, 900. Surface interne de la dure-mère, c'est à dire feuillet arachnoïdien qui la tapisse, recouverte, sur la convexité, d'une fausse membrane épaisse de plusieurs lignes, s'amincissant sur les côtés. C'est une sorte de gâteau fibrineux, analogue à la couenne du sang; il offre sur quelques points une teinte rougeâtre; mais il est décoloré dans presque toute son étendue. Il renferme plusieurs petits caillots entre les diverses lames qui constituent son tissu. Il est plus rouge dans les points les plus minces. Vaisseaux de la dure-mère et sinus très engorgés de sang, ainsi que les méninges, qui ont une teinte très foncée, et sont épaissies et très humides. Il n'existe entre elles et le tissu cérébral que quelques légères adhérences au niveau de la partie antérieure des hémisphères. Il s'est écoulé un verre de sérosité sanguinolente de la cavité de l'arachnoïde. Circonvolutions petites, flétries, ratatinées, rougeâtres, non ramollies. Substance grise presque noire par l'injection excessive dont elle est le siége. Substance blanche aussi injectée, surtout dans l'hémisphère gauche (1).

CCLVI° Obs. — Homme, cinquante-six ans, vie active, excès de table et de boissons. Exaltation morale habituelle; atteintes de congestions cérébrales répétées, embarras de la langue, délire furieux; le malade s'échappe et monte sur un toit. Cris, vociférations; puis progression mal assurée, affaiblissement des membres supérieurs, prononciation gênée, malpropreté, insomnie, engorgement et suppuration dans le coude gauche; enfin, perte incomplète de connaissance et des sens, stupidité, contracture du bras droit, pupille droite large, et la gauche resserrée; somnolence. Mort. — Cavité de l'arach-

(1) Aubanel, *Annales médico-psychologiques*, 1847, t. I, p. 434.

noïde remplie, à droite et à gauche, par une vessie pseudo-membraneuse, intimement unie au feuillet pariétal, dont cependant elle peut être détachée; elle est simplement posée sur le feuillet viscéral. Chacune de ces poches contient au moins 60 grammes de sérosité trouble. Leur surface adhérente est vasculaire, arborisée, congestionnée; leur face libre est jaunâtre et recouverte d'une exsudation fibrineuse. Chacune de ces poches résulte de la superposition de deux larges fausses membranes qu'on peut isoler l'une de l'autre. Pie-mère adhérente aux circonvolutions, qui sont déprimées; la substance corticale, déchirée sur plusieurs points en suivant les méninges, a une teinte de cuivre rougeâtre ou jaunâtre, qui se retrouve dans les corps striés et les cornes d'Ammon. Elle n'est, d'ailleurs, ni ramollie ni indurée, et même ne paraît pas très injectée. Celle du cervelet est un peu jaune [1].

CCLVII^e Obs. — Homme, cinquante-six ans, bonne constitution. L'an dernier, congestion cérébrale, gêne de la parole, faiblesse des quatre membres, surtout des gauches, avec diminution de la sensibilité tactile, affaiblissement de l'intelligence, délire, démence, entérite. — Os du crâne épais et friables. Dure-mère couverte d'arborisations vasculaires. Face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissée de chaque côté par une lamelle membraneuse, sorte de fibrine coagulée déjà munie de nombreux et fins vaisseaux sanguins. Cette pseudo-membrane est facile à détacher, étant séparée du feuillet séreux par une couche d'exsudation. Vaisseaux cérébraux larges et incrustés de sels terreux. Pie-mère infiltrée, se détachant facilement des circonvolutions. La surface de la substance corticale présente des petits points hémorrhagiques (apoplexie capillaire). Tout le lobe moyen droit est en bouillie marbrée de plaques violettes. Ramollissement des lobes antérieur et postérieur du même côté. Taches violettes dans le corps strié droit. Dans l'épaisseur de l'hémisphère gauche sont de petites dépressions alvéolaires entourées de teintes violacées. Corps strié gauche injecté. Centre de la protubérance creusé par une cavité d'aspect tomenteux, remplie par un liquide trouble laiteux. Infiltration sanguine récente dans la moitié droite du même organe. Fibres nerveuses voisines très ramollies. Pie-mère adhérente au cervelet, dont la surface est ramollie et l'intérieur très injecté [2].

CCLVIII^e Obs. — Homme, soixante ans, délire mélancolique, souvent furieux; affaiblissement intellectuel, démence. Depuis trois ans, attaques épileptiformes à peu près mensuelles. — Sur le feuillet

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 610.
[2] *Idem, ibidem*, t. II, p. 350.

pariétal de l'arachnoïde, on voit, du côté gauche, une membrane fibreuse, aussi épaisse et presque aussi résistante que la dure-mère, de couleur jaunâtre et formée de deux plans fibrineux faciles à séparer. Les tractus cellulo-vasculaires qui l'unissent au feuillet séreux pariétal se rompent sous une faible traction. Cette néo-membrane n'a aucune connexion avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Elle est composée de faisceaux de fibres lamineuses, de fibres dartoïques, de quelques vaisseaux et de nombreux granules d'hématosine. L'arachnoïde pariétale du côté droit est lisse, mais comme tatouée de points couleur de rouille. Ce sont de petits amas d'hématosine; on ne peut la séparer de la face interne de la dure-mère. Méninges cérébrales peu épaisses et non adhérentes. Substance corticale de la partie inférieure des lobes antérieur et moyen droits diminuée d'épaisseur; elle est jaunâtre, infiltrée d'hématosine, de matière amorphe et de corps granuleux. Corps striés et couches optiques parsemés de points jaunâtres et rougeâtres. Au sommet du lobe moyen gauche, lésions analogues à celles de l'hémisphère droit ([1]).

CCLIXe Obs. — Femme, soixante-cinq ans, pléthorique, mariée tard, enceinte à quarante-un ans, manie de suite après les couches, puis démence. A soixante-trois ans, symptômes d'encéphalite avec faiblesse du côté droit; plusieurs attaques à forme apoplectique, augmentation de l'hémiplégie, pouls développé, fréquent; face turgescente, yeux tournés en haut; puis retour de la connaissance et de la faculté de parler. Pendant la soixante-quatrième année, répétition des congestions cérébrales, mais le rétablissement se faisait avec rapidité, seulement les membres droits restaient moins forts et moins libres que les gauches; la sensibilité cutanée était aussi obtuse à droite; intellect affaibli, mais mastication, déglutition, défécation faciles; la malade peut encore fredonner quelques airs; l'état s'aggrave, les accès comateux se réitèrent. Mort au bout de quelques mois. — Face interne de l'arachnoïde pariétale gauche tapissée par une fausse membrane celluleuse, résistante, jaunâtre, qui s'étend jusqu'à la fosse temporale. Pie-mère parcourue sur l'hémisphère gauche par des vaisseaux comme variqueux. Les circonvolutions subjacentes sont confondues en une masse coulante, une bouillie rougeâtre, humectée de sang, de sanie trouble, parsemée de pinceaux vasculaires s'étendant à tout l'hémisphère gauche. Le droit est court, ramassé, recouvert par une pie-mère infiltrée. La substance corticale n'est pas ramollie ([2]).

([1]) Brunet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, n° 84, p. 36.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 245.

CCLX[e] Obs. — Homme, soixante-neuf ans, hérédité vésanique, caractère triste. A soixante-deux ans, attaque d'apoplexie, avec hémiplégie gauche. Rétablissement, suivi de nouvelles attaques d'hémiplégie. A soixante-sept ans, démence. Vingt mois après, délire mélancolique, actions déraisonnables, sequestration. Embarras de la parole, démarche chancelante, paralysie plus prononcée à gauche qu'à droite, insomnie, agitation, incohérence dans les idées. Aggravation rapide, chutes fréquentes, eschares, affaiblissement. — Dure-mère injectée. Dans la cavité de l'arachnoïde, sur chaque hémisphère, une poche pseudo-membraneuse remplie de sang, liquide à gauche, coagulé à droite, et de teinte violacée. Entre le kyste droit et le feuillet viscéral de l'arachnoïde, on trouve plusieurs cuillerées d'un mélange de sang et de pus. Pie-mère adhérente à la substance corticale sur l'hémisphère droit, dont les circonvolutions sont larges, affaissées, de couleur grisâtre ou jaunâtre. Ramollissement considérable du lobe moyen droit, converti en un liquide crémeux, trouble, d'aspect laiteux. On y distingue des filaments vasculaires, du sang liquide. Sur l'hémisphère gauche, la pie-mère est peu adhérente; la couche corticale du lobe antérieur offre des dépressions qui semblent tenir à des atrophies locales. La surface des lobes postérieur et moyen est rouge et comme usée. A la loupe, elle paraît comme criblée de petits vaisseaux remplis de sang. La couche superficielle de ces circonvolutions se sépare facilement de la couche moyenne, en mettant à découvert un fond rouge, saignant et comme ulcéré. Ces tissus sont ramollis. Ventricules latéraux pâles et très fermes, parcourus par des vaisseaux [1].

CCLXI[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans. Depuis huit ans, aliénation mentale; il y a deux ans, marche mal assurée; il y a six mois, attaque apoplectique de courte durée; puis paraplégie, stupidité, somnolence, affaissement; parfois, retour de la parole, du mouvement; enfin, coma, insensibilité; mort. — Dans la cavité gauche de l'arachnoïde cérébrale, fausse membrane ancienne, de texture fibreuse, à peine adhérente au feuillet pariétal. Circonvolutions d'une teinte jaunâtre, avec tissu granulé, poreux. Dans le centre du lobe postérieur droit, petit espace rougeâtre teinté de points rouges, et au voisinage, d'un côté, léger ramollissement, et, de l'autre, substance blanche dure et criant presque sous le scalpel, d'organisation cellulo-fibreuse. L'espace rougeâtre lui-même présente de petites éminences bombées, sortes d'ampoules, d'un rose pâle, qui renferment des éléments fibro-plastiques. En quelques points, les sphères vésiculeuses sont remplacées par des bourbillons de tissu

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 252.

cellulaire larges et anguleux, d'où s'échappent des espèces de branches filamenteuses, d'une blancheur transparente. Des plexus vasculaires très apparents sont placés snr les limites du foyer inflammatoire. Dans le lobe moyen droit se trouvent des espaces indurés, criblés, résistants. Dans le lobe antérieur droit, on voit une cicatrice d'un centimètre de long, d'aspect tendineux, et comme enchâssée dans la substance blanche. L'hémisphère cérébral gauche offre quelques cicatrices celluleuses, sensibles au toucher, parsemées de petites perforations à teinte nacrée. Septum des ventricules résistant, voûte ramollie [1].

CCLXII[e] Obs. — Homme, soixante-dix ans; revers de fortune. Épistaxis fréquentes, supprimées depuis cinq ans. Congestions cérébrales, avec perte de connaissance et abolition du sentiment et du mouvement des deux côtés. Intelligence affaiblie, parole embarrassée, mouvements des membres supérieurs et inférieurs très difficiles. Contracture, somnolence, pupilles inégales, strabisme. Mort. — Vaisseaux encéphaliques injectés. Sur toute la convexité, feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissé par une néo-membrane très ténue, mais pouvant se dédoubler en deux pellicules pourvues de vaisseaux, surtout l'inférieure. Elle se détache facilement de la dure-mère, à laquelle elle ne tient que par de légers tractus. Vue au microscope, elle offre des faisceaux de fibres lamineuses entrecroisées; quelques fibres dartoïdes et des capillaires nombreux gorgés de sang. On y trouve aussi des noyaux embryo-plastiques, des corps fusiformes, des cellules épithéliales, pavimenteuses, de l'hématosine et des granulations graisseuses. Le feuillet pariétal de l'arachnoïde correspondant à la néo-membrane est lisse et humide. Granulations de Pacchioni très développées près de la ligne médiane. Artères de la base incrustées de plaques calcaires et athéromateuses. Arachnoïde viscérale et pie-mère légèrement épaissies, opalescentes, très injectées. Injection et épaississement de la séreuse ventriculaire. Circonvolutions cérébrales injectées et ramollies, excepté à leur couche la plus superficielle, qui est blanche et assez consistante, et n'adhère aux méninges qu'en quelques points très limités. Les deux corps striés présentent un grand nombre de petits kystes jaunes et durs, composés de corps granulés, de granulations graisseuses et de quelques fibres lamineuses. A la partie inférieure et interne du lobe gauche du cervelet, circonvolutions atrophiées, d'un blanc-jaunâtre et d'une consistance semi-cartilagineuse. Cette induration, non exactement limitée, est due à une trame fibreuse, très serrée, au milieu de laquelle se trouvent disséminés des noyaux embryo-plas-

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 374.

tiques, quelques corps granuleux et un grand nombre de granulations graisseuses ([1]).

CCLXIII[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans. A soixante-un ans, délire partiel, sensation pénible à la nuque, bruits dans les oreilles. Soixante-neuf ans, délire plus actif, hallucinations, gêne de la parole, affaiblissement de la jambe droite. Soixante-quatorze ans, congestion cérébrale, hémiplégie droite, faiblesse intellectuelle croissante, quelques mots inarticulés. Mort de pneumonie. — Sur le lobe postérieur gauche, on voit une dépression de deux centimètres d'étendue, de couleur de rouille; c'est une production pseudo-membraneuse placée entre la pie-mère et les circonvolutions, envoyant par sa face interne et ses bords des prolongements dans la substance cérébrale, qui est rouge dans le voisinage de cette sorte de cicatrice. La substance médullaire sous-jacente est ramollie. Foyer de ramollissement brun-jaunâtre en dehors de la couche optique gauche ([2]).

CCLXIV[e] Obs. — Homme, soixante-dix-huit ans, grand et fort. Dans sa jeunesse, émotions morales très vives et très pénibles. Depuis, caractère sombre, idées vagues, mais continuation d'un emploi nécessitant de l'activité et de l'intelligence. A soixante-quatorze ans, perte de la mémoire, démence; à soixante-seize, faiblesse musculaire; à soixante-dix-sept, agitation, irascibilité, tremblement des bras, paralysie incomplète des quatre membres. A soixante-dix-huit ans, attaque comateuse momentanée. Onze mois après, nouvelle attaque apoplectique momentanée, avec alternatives de convulsions et de contracture; mort. — Pseudo-membrane mince, faiblement adhérente au feuillet pariétal de l'arachnoïde, sur les deux tiers antérieurs de chaque hémisphère cérébral. Sur les côtés, le même feuillet offre des points sanguinolents. Pie-mère infiltrée de sérosité, sans adhérence avec le cerveau. Sur chaque lobe postérieur se trouve une plaque jaune-serin, et la substance corticale subjacente est remplacée par une sorte de membrane celluleuse, grisâtre, à mailles fines et laches. Sur les autres points, la substance corticale est rosée ou jaunâtre, et non ramollie. La substance blanche est un peu molle et injectée, sans être désorganisée. Peu de sérosité dans les ventricules; ramollissement de leurs parois, du septum, de la voûte et de la superficie des corps striés et des couches optiques; enfin ramollissement jaune dans le lobe cérébelleux droit. Artères encéphaliques offrant des points cartilagineux ([3]).

([1]) Brunet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, n° 84, p. 33.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 312.
([3]) *Idem, ibidem*, p. 326.

§ VIII. — Méningo-encéphalite chronique, avec formation de cavités anormales sous-arachnoïdiennes.

CCLXV[e] Obs. — Femme, trente-trois ans; exaltation très prononcée, loquacité, délire, cris, agitation, pas d'embarras de la prononciation, pas d'idées ambitieuses. Au bout de quelques jours, calme; alors, légers mouvements convulsifs des lèvres, des membres; pupilles inégales, affaiblissement des membres, parole embarrassée, idées de grandeur. Cet état dure dix-huit mois, avec des alternatives d'amélioration; puis nouveau genre de délire; la malade refuse de se lever, de parler, de manger, etc., prétendant n'avoir ni jambes, ni langue, ni dents, ni autres organes; elle croit mourir; les idées de grandeur ont disparu, la parole est libre et facile, l'intelligence assez active, la sensibilité conservée; mais l'inégalité des pupilles et les mouvements convulsifs des lèvres et des membres persistent, et des symptômes d'un autre ordre apparaissent; ce sont les indices d'une diathèse gangréneuse. Il se forme des eschares aux deux pieds, sur quatre orteils du pied droit, sur deux du gauche; en quelques jours, les os sont mis à nu; puis eschares au sacrum, à l'omoplate gauche, avec vastes clapiers et énormes décollements; il y a aussi expectoration de crachats noirs et sanguinolents, perte des forces, ralentissement du pouls, etc. Mort six semaines après l'apparition du délire hypochondriaque. — Sur trois points, les circonvolutions cérébrales forment, avec l'arachnoïde, de petites poches remplies de sérosité. Méninges injectées, surtout à gauche, mais minces et transparentes. Quelques adhérences superficielles entre la pie-mère et la substance grise, qui est pâle et plus molle que dans l'état normal. Dans la substance blanche, piqueté abondant. Dans les ventricules, quelques granulations. Substance blanche du cervelet piquetée. Sang noir extrêmement fluide dans les cavités du cœur et les gros vaisseaux. Poumons congestionnés. Foie pâle; sa vésicule contient un calcul volumineux [1].

CCLXVI[e] Obs. — Femme, trente-cinq ans, mariée sans enfants, maux de tête, tristesse. A trente ans, pensée et tentative de suicide. A trente-deux ans, grande frayeur, suppression des règles, délire, insomnie, agitation, actes désordonnés, discours incohérents, parole traînante, léger tremblement des membres supérieurs. A trente-trois ans, menstrues rétablies, embonpoint satisfaisant, sorte d'hilarité puérile, perte de la mémoire, oblitération morale, marche mal assurée, irrégularité dans les mouvements des mains, urine rendue

[1] Baillarger, *Union médicale*, 1857, p. 384.

sans conscience, progrès de la faiblesse, contracture des membres inférieurs, déglutition difficile, eschares sur le sacrum, pouls lent, peau froide; quelques hallucinations de l'ouïe, détérioration générale. — Face interne de la dure-mère tapissée par une fausse membrane mince, rouge cerise, facile à détacher. Pie-mère infiltrée de sérosité. Plusieurs anfractuosités offrent des espèces de vessies remplies de sérosité. Sur le lobe moyen gauche, le feuillet viscéral de l'arachnoïde en est soulevé. La pie-mère adhère en beaucoup de points à la substance corticale, ramollie et de couleur framboisée. Substance médullaire ferme ou même indurée (1).

CCLXVII^e Obs. — Femme, trente-neuf ans. Il y a trois ans, congestion, embarras de la parole, paralysie du bras droit; ces symptômes peu durables se renouvellent tous les trois ou quatre mois; de plus, signes de démence. Depuis six mois, aménorrhée, affaiblissement des membres inférieurs, surtout du côté droit; paralysie du bras droit, qui est un peu tuméfié et contracturé; évacuations automatiques, grincements de dents, tremblement fibrillaire et convulsif des membres dès qu'on les remue. Mort. — Les deux hémisphères cérébraux pèsent 840 grammes, le droit pèse 50 grammes de plus que le gauche. L'arachnoïde présente çà et là des taches blanches opaques. La pie-mère n'est infiltrée qu'en deux points, sur les côtés de la grande scissure; la sérosité y est réunie dans deux petites cavités par la dépression des circonvolutions. Les vaisseaux sont dilatés et vides. Il y a un peu de suffusion sanguine près de la scissure de Sylvius. Les méninges adhèrent à la substance grise et entraînent avec elles, dans un grand nombre de points, une couche plus ou moins épaisse, principalement sur l'hémisphère gauche. Substance grise molle, mamelonnée, d'une teinte verdâtre sur plusieurs circonvolutions de l'hémisphère gauche. Substance blanche ferme, ratatinée, jaunâtre. Quantité égale de sérosité dans les deux ventricules (2).

CCLXVIII^e Obs. — Femme, quarante ans, atteinte de paralysie générale. Après six mois de séjour à la Salpêtrière, de juillet à janvier, accès subit caractérisé par des frissons et un froid glacial, face grippée, pupilles fixes, pouls misérable, respiration courte et saccadée. Au bout de trois heures, calme profond. Le lendemain, la malade est tranquille, mange et dort. Le troisième jour, mort subite. — Dure-mère adhérente aux pariétaux. Méninges unies à cette membrane et à la substance grise de la partie supérieure de chaque hémisphère, d'une manière intime près du sinus longitudinal

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 447.
(2) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1858, p 181.

l'intermédiaire de simples tractus. La masse
de volume. Sur le milieu de la partie
trouve une cavité ayant les dimen-
tituée par deux circonvolutions
ette large anfractuosité et la
dure-mère en ferment l'entrée
levant ces membranes, il s'écoule
r, gélatineux. Deux autres dépres-
marquées, existent en arrière. Les
injectées. La plupart des circonvolutions
matière gélatineuse, blanchâtre, opaque,
blanche est résistante et ductile comme du
illerées de sérosité dans les ventricules. Trous
. Sur le plancher du quatrième ventricule, le long
trouvent des granulations très fines et insensibles au
veloppes de la moelle injectées. Moelle ramollie, surtout
. de chaque renflement. Substance grise peu foncée, peu
e de la blanche. Bassinet et calice du rein droit distendus
. obstruction de l'urètre, dans lequel sont engagés un calcul et
caillot (1).

CCLXIXe Obs. — Ancien militaire, quarante-trois ans, démence avec paralysie générale commençante, symptômes de congestion cérébrale; amélioration; puis somnolence, refus de nourriture. Mort. — Crâne épais. Diploë et dure-mère injectés. Dans la cavité de l'arachnoïde, grande quantité d'un liquide limpide, coloré en rouge. Arachnoïde épaissie, opaque dans toute son étendue. Pie-mère infiltrée de sérosité sanguinolente. A la base du cerveau, vers la partie antérieure du lobe moyen, petite cavité limitée par la pie-mère d'un côté et par la substance cérébrale de l'autre, contenant de la sérosité et tapissée par une espèce de fausse membrane. Cerveau pointillé en rouge (2).

CCLXXe Obs. — Officier d'infanterie, quarante-trois ans, éducation soignée, excès vénériens, affaiblissement de la mémoire, irascibilité, marche lente, embarrassée; station debout peu solide, prononciation gênée, démence, embonpoint conservé. A la fin de la maladie, tête renversée en arrière, mâchoires serrées, jambes fortement repliées sous les cuisses. — Accumulation de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale. Infiltration séreuse de la pie-mère et larges vésicules remplies de sérosité au fond des anfractuosités. Adhérence de la pie-mère au relief des circonvolutions.

(1) Zambaco, *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 167.
(2) Archambault (Thèse d'Hecquet, 1849, n° 173, p. 61).

Sérosité limpide assez abondante dans les ventricules latéraux. Corps calleux, septum et voûte dans un état de ramollissement et même de détritus (1).

CCLXXIe Obs. — Ancien soldat, invalide, robuste. A soixante ans, symptômes cérébraux légers. Six mois après, hémiplégie droite, aliénation mentale avec idées de défiance et penchant au suicide, loquacité, idées incohérentes; pas de fièvre; en équilibre sur les jambes, mais la droite est faible; bras droit rétracté, immobile; sensibilité émoussée dans ces diverses parties, côté gauche parfaitement sain, affaiblissement de la constitution, eschare, etc. — Pie-mère épaisse, résistante, infiltrée; les vaisseaux dilatés et incrustés de phosphate calcaire. Circonvolutions de l'hémisphère droit fermes, inégales, d'un gris mat, ridées. L'hémisphère gauche est déprimé à ses lobes moyen et postérieur, adhérent à la pie-mère. Beaucoup de circonvolutions sont jaunâtres, résistantes et creusées d'espèces de canaux ou de boyaux en partie remplis d'une production comme cotonneuse, d'où suinte une sanie laiteuse, analogue à du pus, ou de matière caséeuse concrétée et endurcie. Les parois de ces espèces de boyaux sont tapissées de vaisseaux nombreux et pleins de sang. L'encéphale en général est assez ferme (2).

§ IX. — Méningo-encéphalite chronique avec des apparences de gangrène.

CCLXXIIe Obs. — Homme, trente-neuf ans, imprimeur, délire ambitieux, embarras de la prononciation, tremblements convulsifs des lèvres, coucher en supination; mouvement très affaibli; mains tremblantes, sensibilité très obtuse, fièvre, langue sèche et fuligineuse, eschare au sacrum et en divers autres points. Mort après six mois de maladie. — Un peu de sérosité sanguinolente sous la dure-mère. La face interne de cette membrane, du côté gauche, est tapissée par une fausse membrane très mince, teinte de sang, et parsemée dans son épaisseur de trois petits caillots sanguins. Cette fausse membrane se détache assez facilement par petites plaques. Arachnoïde viscérale épaissie, opaque, dans presque toute l'étendue de la convexité. Pie-mère infiltrée de sérosité, pénétrée de vaisseaux dilatés. Point d'adhérence avec la substance corticale, qui est à peine rosée dans quelques points, mais qui, à la base, offre une teinte ardoisée, avec un piqueté très fin et un léger ramollissement. Substance blanche molle et vasculaire. Coloration ardoisée dans les

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, 1859, t. II, p. 12.
(2) *Idem, ibidem*, p. 305.

corps striés et les couches optiques et à la base du cervelet. Ces parties répandent une odeur fétide ([1]).

CCLXXIIIe Obs. — Imprimeur lithographe, trente-neuf ans, intelligent, actif, tempérant; excès vénériens, syphilis guérie. Il y a six mois, préoccupations commerciales, torpeur intellectuelle. En mars, esprit distrait, excité; loquacité, projets ridicules, divagations, convulsions, perte de connaissance. La nuit suivante, insomnie, agitation. Le lendemain, nouvelle perte de connaissance, pâleur, insensibilité, immobilité, yeux tournés en haut, lèvres déviées, couvertes d'écume; roideur des membres pendant un quart d'heure. Deux jours après, délire violent. 28 mars, altération et pâleur du visage, yeux hagards, spasmes des lèvres, défaut de netteté dans la prononciation, jambes chancelantes, pétulance disharmonique dans les mouvements des bras, paroles précipitées et sans suite, crachottement, intelligence obtuse, pouls accéléré, douleur à la tête, langue sèche et fendillée. 2 avril, inattention, évacuations involontaires, faiblesse, déglutition difficile. Jours suivants, calme, immobilité, station debout impossible, somnolence ou bien yeux ouverts, bras agité, parole nulle, intellect très obtus, déglutition difficile, mais possible. Mort le 15 mai. — Sur les hémisphères cérébraux, pie-mère épaissie et infiltrée de pus concret, grisâtre. Même altération sur le corps calleux, les nerfs optiques, le cervelet et la moelle. L'encéphale a une teinte noire ardoisée, excepté sur la face supérieure des lobes postérieurs du cerveau. Cette teinte pénètre à deux lignes de profondeur. Substance médullaire des centres ovales d'un blanc éclatant. Voûte à trois piliers convertie en bouillie piquetée de taches rouges. Surface des ventricules latéraux ramollie. Surface du mésocéphale et du cervelet teinte en noir. Moelle saine. Eschare gangréneuse très large du bassin. Pus jusqu'aux os. L'examen microscopique de la partie noire de l'encéphale montre : 1° une coagulation un peu élastique formée de fibrine; 2° de nombreux globules pyoïdes, petits, gris, mélangés à des globules de pus à noyaux; 3° quelques ilots de plasma non coagulé, chargé de globules sanguins. La substance corticale, étalée, n'est pas noire; cette teinte appartient aux vaisseaux qui la traversent. Cette substance est comme tatouée de globules de pus. La substance nerveuse des parois ventriculaires en contient aussi beaucoup ([2]).

CCLXXIVe Obs. — Homme, quarante-sept ans, santé altérée depuis un an, douleurs épigastriques, hématémèses; puis congestions cérébrales et affaiblissement musculaire, d'abord plus marqué

([1]) Baillarger, obs. recueillie à la Senavra de Milan. (*Annales méd.-psychol.*, 1857, p. 190.)
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 184.

à droite qu'à gauche, ensuite à peu près égal des deux côtés; station debout impossible, pression manuelle presque nulle, prononciation très embarrassée, moral obtus, réponses lentes, confuses, monosyllabiques; faiblesse de plus en plus grande. Mort neuf à dix mois après l'invasion des symptômes cérébraux. — Notable quantité de sérosité accumulée à la base du crâne. Quelques cuillerées dans les ventricules latéraux. L'arachnoïde, sur la convexité et à la face interne des hémisphères, est épaisse, opaque, peu résistante et sans adhérences. Entre les mailles de la pie-mère congestionnée existent quelques traces d'infiltration gélatiniforme. Cerveau un peu affaissé et peu consistant. Circonvolutions périphériques pâles et amoindries. Anfractuosités larges et profondes. Teinte grise de la substance corticale presque effacée et confondue avec la teinte blanc-jaunâtre de la substance médullaire. A la face inférieure du cerveau, sur les deux lobes moyens, une partie des lobes antérieurs et les deux tiers antérieurs du cervelet, se trouve une plaque noire, ardoisée, tranchant nettement sur les tissus sains environnants. Les lamelles cérébrales semblent d'abord avoir conservé leur forme ordinaire; mais, au moindre contact, elles se réduisent en un putrilage noirâtre, exhalant une odeur gangréneuse. La mortification a pénétré jusqu'à la substance médullaire. Commencement d'atrophie du pont de Varole et des faisceaux pyramidaux. Glande pituitaire ramollie. Selle turcique légèrement érodée [1].

Résumé des faits de méningo-encéphalite chronique.

I. Ces faits, au nombre de 139, présentent, sous le rapport du *sexe,* cette circonstance que le nombre des hommes l'emporte considérablement sur celui des femmes; le premier étant de 107 et le second de 32, c'est à dire presque les trois quarts pour les uns et seulement un quart pour les autres.

II. Relativement à l'*âge,* les cas se distribuent de la manière suivante :

1 sujet avait 18 ans.		
9 sujets avaient de 21 à 30 ans.		
43	—	de 31 à 40 —
51	—	de 41 à 50 —
20	—	de 51 à 60 —
6	—	de 61 à 70 —
6	—	de 71 à 80 —
136		

[1] De la Siauve, *Archives*, 4e série, t. XXV, p. 323.

C'est de 30 à 50 ans que la méningo-encéphalite chronique s'est le plus souvent montrée, et plus spécialement de 40 à 50 ans. Viennent après l'âge de 50 à 60 ans, et ensuite ceux de 20 à 30, et de 61 à 80; enfin, un seul sujet avait moins de 20 ans. Il en résulte que l'âge moyen de la vie, comme le sexe masculin, sont des causes prédisposantes incontestables de la méningo-encéphalite chronique.

III. Il est une autre disposition, qui, bien qu'indirecte, n'en est pas moins digne d'attention : c'est l'*hérédité* vésanique. Douze sujets avaient eu des parents aliénés.

IV. Quant à la *constitution* des malades, elle était plus souvent forte que faible, et le tempérament était plutôt sanguin que lymphatique. Parfois, il était nerveux, irritable, avec un moral actif, développé, exalté (CXLII, CXLIII, CXLIX, CLI), ou bien le caractère était calme ou triste (CCXXXIII, CCLX, CCLXIV) ou bizarre, excentrique (CLX, CLXVI, CCII, CCXXXV), et l'intelligence bornée.

V. Les *professions* des malades offrent quelques particularités intéressantes. L'état militaire formerait une prédisposition très marquée à en juger par une vingtaine d'exemples, dans lesquels nous voyons des soldats, des officiers, en activité ou en retraite, des gendarmes, etc., atteints de méningo-encéphalique chronique. Quelques autres professions sont indiquées, mais pour de simples unités. Ainsi, nous rencontrons un colporteur, un boucher, un cuisinier, un tailleur, un perruquier, un maçon, etc. Il y a deux peintres en bâtiments, dont un portait sur le collet des dents le cachet de l'intoxication saturnine. On trouve encore deux pharmaciens et un médecin.

VI. Quelques-uns des faits relatés (CLIX, CLXI, CCXI, CCXXXVII, CCXLVIII) prouvent que l'action prolongée des rayons du soleil et l'habitation des pays chauds peuvent contribuer au développement de la maladie.

A ce genre de cause se joignent souvent les excès alcooliques, qui, même dans les pays tempérés et froids, doivent être classés parmi les promoteurs les plus puissants des

maladies encéphaliques. Trente exemples en témoignent quant à la méningo-encéphalique chronique.

Les excitations génitales portées à l'excès ont été notées 16 fois.

Les travaux intellectuels poussés jusqu'à la fatigue ont pu avoir des résultats non moins funestes. Les fortes préoccupations, les affections morales vives, les chagrins ont été signalés un grand nombre de fois. On peut considérer cet ordre de causes comme l'un des plus fréquents. Souvent, les malades, quand ils ont encore leur raison, s'appliquent à le cacher, et quand ils ont perdu la mémoire, ils ne savent ni s'en rendre compte ni l'indiquer.

VII. Parmi les maladies qui ont précédé la méningo-encéphalite chronique, il faut placer en première ligne les diverses formes et les divers degrés de l'aliénation mentale. 36 sujets en étaient atteints depuis un temps plus ou moins long.

Un autre genre de maladie, qui paraît disposer d'une manière très active au développement de la phlegmasie chronique dont il s'agit en ce moment, est la congestion cérébrale, surtout si ses attaques, simulant l'apoplexie, se sont répétées, et c'est en les provoquant que les chutes, les contusions, les lésions mécaniques de la tête, les érysipèles réitérés de la face et du cuir chevelu (CLVIII, CCXXVI), les attaques d'épilepsie, sont des causes premières ou médiates des phlegmasies méningo-encéphaliques. Les flux sanguins, hémorrhoïdes, menstrues, épistaxis, supprimés brusquement, en occasionnant l'hyperémie cérébrale, ont encore pu être placés parmi les circonstances productrices du même état morbide (CXLIX, CLIX, CCLXII, CCLXVI). Une attaque ancienne ou récente de méningo-encéphalite aiguë a parfois aussi précédé la forme chronique (CCXII).

On a encore cité parmi les circonstances pathologiques antécédentes, le rhumatisme, la syphilis, l'usage des mercuriaux (CXLIV, CLXIII, CXCVII, CC, CCX, CCXIII, CCXXII, CCXXX, CCLXXIII), l'intoxication saturnine (CLXXVIII, CCI), l'abus du tabac (CLXI), etc.

VIII. Les *phénomènes précurseurs* de la méningo-encéphalite chronique se sont quelquefois fait remarquer longtemps et même plusieurs années (CXLVII, CLIV, CCXXIII) avant l'apparition des symptômes caractéristiques de cette maladie. C'étaient une douleur, une pesanteur de tête habituelle, un changement de caractère, surtout une tristesse profonde, une diminution de la mémoire, une sorte de torpeur intellectuelle; d'autres fois, une surexcitation morale plus ou moins vive, une gaieté, une loquacité inaccoutumée, quelques bizarreries dans les idées ou dans les actions, des sensations pénibles, insolites; des fourmillements en tels ou tels points; des paralysies circonscrites et passagères, ou des spasmes variés, des tremblements, etc.

IX. L'*invasion* de la maladie a été plusieurs fois marquée par des attaques de congestion cérébrale ou par un trouble intellectuel très sensible, ou même par une sorte de délire aigu, ou par des convulsions, ou par la perte subite du mouvement de quelques parties; mais, dans le plus grand nombre des cas, c'est graduellement que la maladie s'est constituée.

X. Voici les principaux *symptômes* qu'elle a présentés.

Je ferai d'abord remarquer que la *céphalalgie,* si fréquente dans les phlegmasies des méninges et du cerveau, n'est ici que rarement signalée, à peine dans dix ou douze cas, et encore n'était-ce quelquefois qu'une simple pesanteur de la tête, ou une sensation pénible vers la nuque, ou bien elle n'avait lieu que pendant une partie de la durée de la maladie, quand déjà le cours de celle-ci était commencé (CLXXV, CCXI, CCLXIII).

Il n'en est pas de même des *troubles de l'intelligence,* qui ont été fréquemment observés, et qui, en général, allaient toujours en croissant.

Quelquefois, le jugement a été visiblement altéré dès les premiers moments de la maladie. Il y a eu de l'exaltation, un délire plus ou moins violent, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des actes extravagants, des paroles inconve-

nantes, une loquacité, une irascibilité, une agitation très grandes, une insomnie prolongée, des cris, des vociférations, etc. Ces phénomènes ont été constatés, à divers degrés, dans 40 et quelques cas; plusieurs fois, il y a eu même tendance à la destruction, lacération des vêtements, envie de mordre (CXLII, CLXVI, CLXIX, CLXX, CLXXIV, CLXXVIII, CXCI); mais, en général, cet état de surexcitation n'avait pas une longue durée.

Plus souvent, la lésion de l'intelligence s'est traduite par l'affaiblissement graduel des facultés. Ainsi, les sujets se sont d'abord montrés distraits; leur attention ne pouvait plus se fixer sur les mêmes objets; leur mémoire était devenue infidèle.

Il est survenu un *délire* tranquille et souriant. Le malade voyait les objets sous les plus séduisantes couleurs, se livrant à de désastreuses spéculations, et se promettant les plus beaux résultats. Il s'imaginait être doué de qualités supérieures, se croyant l'heureux possesseur de grandes richesses, se disant entouré d'honneurs, comblé de dignités. C'est un mélange d'idées d'ambition et d'orgueil, de hautes prétentions et de satisfaction perpétuelle. 40 sujets ont offert ce délire à un assez haut degré.

Mais, d'autres fois, l'esprit est rempli d'idées tristes, tout est vu en noir; les catastrophes les plus funestes sont imminentes, la pensée du suicide se présente, ou encore le sujet se croit menacé, mourant, ou déjà mort; il refuse de boire, de manger, etc., craignant d'être empoisonné ou se supposant déjà privé de ses organes. C'est en un mot, chez ces sujets, le délire hypochondriaque porté à sa dernière limite (CXXXVII, CLXVII, CLXXII, CLXXVII, CLXXVIII, CLXXIX, CCXXXIII, CCXXXIV). On a vu aussi une alternative de tristesse et de gaieté folle (CCIII).

Il peut y avoir comme un reste de raison, une certaine rectitude de jugement (CLXVIII, CLXXV, CLXXIX); mais l'intellect n'en est pas moins affecté. Il est comme engourdi. Alors, et dans beaucoup d'autres cas, dès les premiers

temps, les sensations sont peu actives, les sentiments du cœur se taisent, une indifférence complète se manifeste; puis un état de démence se prononce de plus en plus. Cet affaiblissement incessant des facultés mentales a été le phénomène dominant chez 35 sujets.

On peut inférer de ces remarques et de ces distinctions, que l'intellect est diversement, mais toujours, ou à peu d'exceptions près, lésé chez les individus affectés de méningo-encéphalite chronique.

XI. Un autre attribut de cette maladie est l'*embarras de la parole*. Cet embarras consiste dans une sorte d'hésitation, de prolongation de quelques syllabes ou dans un défaut d'articulation de quelques mots. On a parfois qualifié de bégaiement cette sorte de dysphasie; mais elle en diffère en ce que celui-là est le résultat d'une précipitation, d'une suractivité; tandis que, dans la méningo-encéphalite, il y a lenteur et insuffisance d'expression. Ce symptôme, d'ailleurs, qui est très caractéristique, peut être porté graduellement jusqu'à la perte complète de la parole. Toutefois, cet embarras, cette gêne de la prononciation a manqué chez quelques sujets (CLXXI, CLXXVI) ou dans les commencements (CLXXVI), ou par intervalles (CXLVIII). Si d'autres fois il n'a pas été signalé, c'est ou parce qu'il était peu marqué, ou parce qu'il semblait avoir disparu, ou parce qu'il n'était pas possible de l'apprécier quand le malade, étant dans un violent accès d'exaltation, ne parlait pas, mais criait et vociférait; ou enfin, quand il était assoupi et ne donnait aucun signe d'intelligence.

Toutefois, je dois faire observer que cette dernière circonstance a été assez rare dans la méningo-encéphalite. L'*assoupissement*, le *coma*, si fréquents dans les méningites, les encéphalites et les méningo-encéphalites aiguës, ont ici le plus souvent manqué, excepté vers la fin de la maladie. Je ne le trouve noté qu'une vingtaine de fois.

XII. Les *sens* n'ont offert que de rares lésions. Les yeux étaient sans doute animés, brillants, hagards, dans les cas d'excitation mentale, de délire violent et d'agitation extrême;

mais ces phénomènes, comme je l'ai déjà dit, étaient le plus souvent passagers. Il y a eu, dans un cas, *cécité* dès le début (CXLVII); le *strabisme* a été noté deux fois seulement (CCXII, CCLXII); la *dilatation des pupilles* ne l'a été que dix fois, et encore était-elle rare des deux côtés en même temps; elle existait seulement à droite (CLI, CLVI, CLXXVII, CCXI, CCLVI) ou à gauche (CXL, CCV, CCXVII); parfois, les pupilles ont été resserrées (CXCI, CCIX, CCXLIX), et, dans quelques cas, lorsque l'une était dilatée, l'autre était contractée (CCLVI). Elles ont été quelquefois inégales, sans que leur dilatation ou leur resserrement fût très prononcé.

XIII. Les *fonctions locomotrices* ont reçu des atteintes plus ou moins graves. 33 fois, on a vu survenir des convulsions, ayant quelquefois les apparences de l'épilepsie; ou des mouvements convulsifs, moins étendus et moins violents. Le spasme a plusieurs fois été partiel, borné à un côté du corps ou à la face, ou à un membre.

D'autres fois, il s'agissait moins de convulsions ou de mouvements convulsifs que de tressaillements instantanés, de secousses rapides et passagères de la tête, d'un côté de la face, des paupières ou des yeux, ou bien c'était un *tremblement* continu ou une sorte de *trémulation* momentanée et presque insensible des lèvres, de la langue, des mains, ou enfin des soubresauts de tendons, des mouvements saccadés des mâchoires, des grincements de dents, etc. Chez 32 malades, on a pu constater quelques-uns de ces phénomènes attestant la vive excitation du système musculaire.

Les spasmes toniques ont été aussi quelquefois observés : c'était la *contracture* d'un bras, d'une main, des doigts ou celle d'un membre inférieur, ou la tension tétanique du cou, une rigidité plus ou moins étendue du tronc. Ces phénomènes se sont produits chez 29 individus.

La *paralysie* est un symptôme assez général; mais elle ne s'est pas toujours montrée au début, et elle a été progressive.

Je trouve quelques exemples dans lesquels les actes loco-

moteurs ont paru s'exercer avec une entière liberté (CXLIX, CLV, CLVII, CLVIII, CLXVI, CLXXVIII, CCXXI); mais il est positif que le plus communément il existe une débilité marquée du système musculaire. Cette amyotilie a porté principalement sur les membres inférieurs. De là, le peu de solidité de la station debout, l'incertitude de la marche, évidemment irrégulière, vacillante ou saccadée. Ce symptôme a été indiqué 60 et quelques fois. En outre, on a vu les membres inférieurs de plus en plus affaiblis et paralysés 16 fois, tandis que les supérieurs ne l'ont été que 2 fois.

La débilité ou la paralysie a affecté plus spécialement un côté. Il y a eu hémiplégie droite, 20 fois; hémiplégie gauche, 18 fois. Dans un cas, elle a été successivement du côté gauche et du côté droit (CCVII). La paralysie s'est généralisée dans 21 cas. Toutefois, la face a rarement pris part à l'hémiplégie, et quand cette extension avait eu lieu, la bouche était tirée d'un côté et la langue de l'autre (CLVI, CCV). Chez un sujet, il y a eu hémiplégie alterne affectant les membres droits et le côté gauche de la face; la langue s'inclinait à droite (CXCI).

XIV. La *sensibilité* a offert des variations assez considérables; souvent, elle n'a subi aucune modification; mais 25 fois, elle a paru fort émoussée, surtout aux parties qui avaient aussi perdu le mouvement. Je ne trouve notée qu'une fois l'exagération de la sensibilité (CCI). Il est vrai que chez quelques malades, on a constaté des sensations pénibles, du fourmillement (CLXXI, CLXXXV, CCXI), et même des douleurs assez vives (CLXXXV) dans les membres paralysés. Malgré ces cas particuliers, il est évident que la méningo-encéphalite chronique exerce une influence profondément débilitante sur les systèmes nerveux et musculaire, et que la paralysie incomplète du mouvement et du sentiment tendant à se généraliser forme l'un de ses principaux caractères.

XV. La *circulation* du sang a été quelquefois accélérée. Il y a eu de la fièvre; mais, le plus souvent, le pouls a été

calme, tantôt plein, tantôt petit, quelquefois irrégulier; la chaleur a été à peu près normale.

On a cherché à apprécier la chaleur de la tête en introduisant la boule du thermomètre dans l'un et l'autre conduit auditif; le mercure a oscillé entre 36,1 et 36,4 (CXCI).

XVI. La *respiration* n'a été que rarement modifiée; il n'y a eu qu'une légère dypsnée.

XVII. L'*appétit* s'est généralement maintenu; il est même, chez un assez grand nombre de sujets, devenu vorace; mais quelques-uns avaient du dégoût, repoussaient les aliments (CLXXII, CCLXIX), ou manifestaient un goût tout à fait obtus (CLVI, CLXXXVIII).

La *déglutition* a été souvent difficile.

Le *vomissement* a été très rare; il n'est noté que deux fois (CLXXXVI, CCXI).

Il y a eu tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée; mais les évacuations ont été assez fréquemment involontaires, même longtemps avant la terminaison de la maladie.

XVIII. Quelquefois, l'embonpoint des malades s'est assez longtemps maintenu (CCLV, CCLXVI); mais, le plus souvent, il y a eu un amaigrissement plus ou moins rapide.

XIX. On a vu se produire des taches d'aspect scorbutique (CXXXVII), des ulcérations aux membres (CLI), des pustules gangréneuses (CLXI, CCX, CCLXV), très souvent il s'est formé des eschares sur le sacrum, les trokanters, etc.

Les sujets étaient généralement dans des conditions propres à favoriser l'altération du sang. Toutefois, dans un cas, où ce fluide fut examiné, on ne le trouva point couenneux, mais le caillot était assez consistant (CCXI).

XX. La *marche* de la méningo-encéphalite chronique est continue, persévérante, mais ses progrès peuvent être lents ou même interrompus. On a vu des rémissions très prononcées et assez longues, dans lesquelles la lucidité de l'entendement avait semblé rétablie, et la plupart des symptômes dissipés, sauf, toutefois, l'embarras de la parole (CLV, CXCVIII).

Les améliorations ont été en général moins prononcées, et elles se sont évanouies sans cause apparente ou par le retour aux habitudes d'ivrognerie (CXXXVIII) ou autres écarts de régime. Ordinairement, les aggravations ont progressé; elles ont été la conséquence des congestions survenues dans le cours de la maladie. On a vu encore les symptômes prendre une grande intensité à la suite d'un érysipèle de la tête (CCXIII), d'une blessure (CXLVI) ou de tout autre accident. L'état des malades demeure parfois stationnaire pendant un temps très long.

XXI. La *durée* de la maladie a été fréquemment de trois à dix-huit mois; j'en trouve 40 cas. Elle a été aussi de deux ans (neuf fois), de trois ans (cinq fois), de quatre ans (sept fois), de cinq ans (CLIX), de sept ans (CCLI), de quatorze ans (CLI); cette seconde série est de 24 cas. Il est, du reste, fort difficile de bien déterminer la durée de la méningo-encéphalite chronique, en ce que, si l'on peut facilement fixer la date de sa fin, il est très souvent impossible de préciser celle du commencement. La période initiale est lente, peu tranchée, souvent inaperçue, non observée par le médecin ou confondue avec des états morbides antérieurs.

La mort a été accidentelle, occasionnée par une attaque de choléra (CLV), une pneumonie (CLVIII), une hémorrhagie cérébrale (CXXXVIII, CLXVII, CLXXX), un accès de fièvre pernicieuse (CCLXVIII), etc. Mais la progression ordinaire de la maladie conduit fatalement à la mort par l'extension de la phlegmasie encéphalique, par le retour fréquent des congestions cérébrales, et par la détérioration générale de l'organisme.

XXII. Les *lésions cadavériques* ont déjà servi de base à la classification des faits. Leur exposition se trouve ainsi préparée et simplifiée.

Il est des altérations communes qui se retrouvent dans presque tous les cas. C'est la plénitude des vaisseaux sanguins de la tête produisant l'injection des téguments, et celle du diploë, la distension des sinus par du sang liquide

ou coagulé, la turgescence des vaisseaux des méninges, de la substance cérébrale, des plexus choroïdes, etc. On a aussi maintes fois noté l'épaisseur et la dureté des os du crâne, l'adhérence intime de la dure-mère à leur surface interne, le développement considérable des granulations de Pacchioni.

XXIII. L'arachnoïde s'est présentée avec les traces d'une phlegmasie évidente; elle a été épaissie, opaque ou opalescente, offrant des traînées blanchâtres le long des vaisseaux. Dans quelques cas, elle était rouge, soit d'une manière uniforme, soit par plaques ou par points distincts, comme une sorte de tatouage (CCLVIII).

Les deux feuillets de l'arachnoïde ont présenté des adhérences mutuelles plus ou moins étendues, plus ou moins intimes. Quelquefois, ces adhérences se sont établies à l'aide de brides assez solides (CLVI, CLX).

Dans plus de 36 cas, une sérosité plus ou moins abondante était épanchée dans la grande cavité de l'arachnoïde. Cette sérosité était le plus souvent claire et limpide, quelquefois trouble, chargée d'espèces de flocons albumineux (CCXXV), d'autres fois sanguinolente (CLIX, CLXIII, CLXXXIII). Dans quelques cas, cette cavité contenait du sang (CLXVII, CLXXII, CLXXV, CLXXXVI); on y a aussi trouvé du pus (CCX, CCLX).

Une autre conséquence de la phlegmasie des méninges a été la présence d'une pseudo-membrane dans la cavité de l'arachnoïde. Cette production, qui a eu lieu dans plus de 50 cas, avait son siége ordinaire sur la convexité des deux hémisphères; quelquefois elle était plus développée d'un côté, ou même elle n'existait que d'un côté, à gauche par exemple (CCXII, CCXV, CCXVI, CCXXXI, CCXXXIII); dans d'autres cas, elle correspondait surtout aux lobes antérieurs, elle recouvrait les fosses orbitaires, sphénoïdales, ou bien elle tapissait les fosses occipitales, ou elle était appliquée contre la faux du cerveau (CCXXXI, CCXXXV, CCXXXVII, CCXLIII).

Elle a été rencontrée à tous les degrés de formation : simple pellicule provenant de la concrétion récente d'un

liquide exsudé; tissu déjà organisé, vasculaire, ponctué de taches rougeâtres, mais encore mince, demi-transparent et peu consistant; membrane plus ferme, plus épaisse, résistante, formée de lamelles distinctes; enfin, kyste large, étendu, et renfermant du sang liquide ou concret, ou de la sérosité. Cette néo-membrane a passé par les transformations déjà étudiées à l'occasion de la méningite de la convexité, et sur lesquelles il est inutile de revenir.

XXIV. La pie-mère, dont les vaisseaux sont distendus, a une teinte rougeâtre très prononcée. Elle est épaissie; elle perd aussi sa résistance et se déchire plus facilement. Elle est infiltrée par une sérosité quelquefois assez abondante pour soulever légèrement l'arachnoïde. Cette sérosité peut être épaisse et comme gélatineuse.

XXV. La pie-mère adhère, dans la majorité des cas, à la substance corticale ramollie. La couche la plus superficielle de cette substance suit la membrane qu'on détache; dans une soixantaine de cas, ce phénomène a été parfaitement reconnu. Ce n'est quelquefois qu'une mince pellicule qu'on enlève; d'autres fois, c'est une couche assez épaisse, qui laisse une surface inégale, rugueuse, dilacérée; on la dirait ulcérée; elle est d'ailleurs d'un rouge framboisé et paraît saignante; mais, dans un certain nombre de cas, la substance corticale n'est pas ramollie. Toutefois, elle n'est pas même alors à l'état normal; elle est ou rosée, ou violacée, ou couleur lilas, ou d'un rouge jaunâtre, d'une teinte de rouille. Elle est injectée, ecchymosée. Dans quelques cas, elle a offert une teinte brune (CLX, CLXV), ardoisée (CXLIII, CXLIX, CCX, CCXLV, CCLXXII), et même noirâtre (CCLV), l'odeur et toutes les apparences de la gangrène (CCLXXII, CCLXXIV.)

La substance corticale était, dans un petit nombre de cas, indurée (CXLVIII).

Elle s'est montrée aussi amincie, comme atrophiée ou transformée en une sorte de tissu celluleux aréolaire (CLVI, CLXXI, CLXXVII).

Entre deux circonvolutions se sont parfois formées des

cavités limitées en dehors par les méninges, tapissées par de petits kystes séreux, et remplies de sérosité limpide (CCLXV, CCLXXI).

XXVI. La substance médullaire conserve souvent un état à peu près normal; mais elle a, dans un assez grand nombre de cas, offert des lésions plus ou moins considérables; d'abord elle a été injectée, pointillée, et a acquis une teinte rougeâtre, ou rosée, ou violacée, ou amaranthe; elle a pu aussi présenter une coloration jaune ocre (CLXXIII).

Souvent on a noté la fermeté normale ou exagérée de cette substance; dans quelques cas, on a reconnu une induration réelle, résistant à la pression, à la section, à la distension.

Un état opposé a été plus fréquemment constaté. Le ramollissement a été plus ou moins étendu, pénétrant dans la profondeur d'un lobe ou de plusieurs lobes ou d'un hémisphère.

Enfin, la substance médullaire a aussi été le siége d'une suppuration plus ou moins abondante, d'où la présence dans divers points de l'encéphale d'abcès avec ou sans kyste.

Les parties centrales du cerveau ont été souvent plus ou moins ramollies.

XXVII. Les ventricules latéraux et moyen ont contenu une certaine quantité de sérosité chez trois sujets. Quelquefois, un seul ventricule était distendu. Les parois de ces cavités ont été plus ou moins altérées, injectées, ramollies; l'épendyme a été épaissi, parsemé de petites saillies granuleuses ou vésiculeuses (CXXXVII, CXLVI, CLVIII, CLXIV, CXCIX, CCXX, CCXXVII, CCXXXI, CCXXXIII, CCLIV, CCLXVIII).

XXVIII. Les diverses éminences annexées aux ventricules, les corps striés, les couches optiques, les cornes d'Ammon, ont présenté souvent une teinte violacée ou rougeâtre.

XXIX. Il en a été de même, mais plus rarement à l'égard du cervelet, du mésocéphale et du bulbe rachidien.

XXX. Le cerveau, considéré dans son ensemble, a pré-

senté, dans quelques cas, une inégalité marquée du poids des deux hémisphères. Ainsi, le droit offrait une augmentation, dans un cas, de 20 grammes; dans un autre, de 48 grammes; et, dans un troisième, de 50 grammes de plus que le gauche, qui, dans deux cas, était plus malade que son congénère (CCXLIII, CCLXVII); deux autres fois, c'était l'hémisphère gauche, dont le poids dépassait celui du droit de 60 et de 67 grammes. Un lobe occipital a aussi été plus pesant que celui du côté opposé (CXXXVII, CXCVIII, CCI, CCIV, CCXLIII, CCLXVII).

XXXI. Dans huit cas, les artères encéphaliques ont paru altérées, athéromateuses, cartilagineuses ou parsemées de points calcaires; mais, dans un neuvième, des particularités fort intéressantes sont pour ainsi dire accumulées. Ainsi, les artères cérébrales étaient en général athéromateuses, la sylvienne droite était oblitérée par un caillot ancien et la gauche par un caillot récent; c'est le cas d'hémiplégie alterne que j'ai déjà signalé, et qui était survenu chez un sujet épileptique et aliéné, ayant offert, en outre, les lésions propres à la méningo-encéphalite (CXCI).

4me SECTION. — MÉNINGO-ENCÉPHALITE AVEC ALTÉRATION DES OS DU CRANE.

Je réunis, dans ce chapitre, des faits nombreux de méningo-encéphalite qui ont pour trait commun d'origine, ou du moins de corrélation, la présence d'une altération grave des os du crâne.

Les méninges, et surtout la dure-mère, prennent une part active à ce genre de lésions complexes.

Les points où les altérations dont il s'agit se montrent le plus fréquemment sont : la portion pétrée du temporal, les cavités nasales, l'orbite, le frontal, etc.

§ I. — Naso méningo-cérébrite.

Sous cette dénomination se placent les affections qui, nées dans les cavités nasales, intéressant surtout l'ethmoïde,

correspondent à une phlegmasie de la partie antérieure des hémisphères cérébraux.

CCLXXVe Obs. — Homme, vingt-deux ans. L'année précédente, pieds rétractés, frictions mercurielles, guérison; céphalalgie, perte de l'odorat, cécité; celle-ci diminue un peu. Convulsions, contorsions des membres. Mort. — Abcès dans les procès mamillaires (*in processibus mammillaribus*) (1). Ces abcès, dit l'observateur, pouvaient être appelés des *meliceris;* ils se rapprochaient davantage du squirrhe. Frontal et ethmoïde cariés et perforés (2).

CCLXXVIe Obs. — Homme; vingt-six ans, mélancolique. Pendant plusieurs années, douleur dans le nez, à la tête et surtout à la tempe droite. Passage de l'air difficile dans la narine droite. Écoulement par la narine gauche d'une matière sanieuse, mêlée de sang. Tumeur à la racine du nez. Neuf mois après, issue par les narines de lamelles osseuses. Perte de l'odorat, altération de la voix, hémiplégie gauche, mouvements convulsifs des muscles de la face. — Matière ichoreuse dans les ventricules latéraux et moyen. Sous l'entrecroisement des nerfs optiques, au devant de la selle turcique, perforation osseuse pleine de matière purulente, contenue dans une membrane propre. Ce trou fait communiquer la cavité nasale avec l'intérieur du crâne (3).

CCLXXVIIe Obs. — Homme; à dix-sept ans, chancres promptement disparus; à trente-un ans, ulcérations au voile du palais. Quelques mois plus tard, cavités nasales affectées, cloison détruite, ailes du nez en partie corrodées. (Traitement anti-syphilitique régulier et prolongé). Maux d'estomac, dyspnée, fièvre, sueurs nocturnes, anorexie; puis étourdissements, pesanteur de tête, assoupissement, tristesse, silence, réponses difficilement obtenues, mais justes. 18 septembre, vomissements glaireux et verdâtres, hoquet. 21, assoupissement, perte de connaissance, spasmes du bras droit, paralysie du gauche et des membres inférieurs; mouvements convulsifs du côté droit de la face, fixité des yeux, serrement des mâchoires, bouche écumeuse, respiration stertoreuse, pouls petit et concentré, mouvements du cœur irréguliers, violents, rapides; visage pâle. 22, quelques signes d'intelligence et de sensibilité. 23, mort. — Abcès à la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau, pénétrant jusqu'à la face interne du lobe et communiquant avec la fosse

(1) Les nerfs olfactifs étaient ainsi désignés.

(2) Baillou, *Opera*. Genevæ, 1762, t. III, p. 525.

(3) G. Frank, *Ephem. nat. curios.*, dec. XI, an. VI.

nasale par deux ouvertures de la lame criblée de l'ethmoïde. Partie voisine du frontal cariée, mais non perforée. Dure-mère décollée, désorganisée. Ventricules latéraux intacts (1).

CCLXXVIII° Obs. — Tailleur, quarante-quatre ans, ancien militaire; syphilis, éruptions cutanées chroniques, étourdissements, éblouissements, expuition de matières muqueuses, épaisses. Angine, dysphagie, dyspnée. Sueurs abondantes et fétides. Ulcération dans la narine gauche détruisant la cloison. Diarrhée, appétit, œdème des jambes. Céphalalgie, imbécillité; fièvre, commencement de cécité, faiblesse des jambes, vertiges; évanouissements, mouvements convulsifs. Hémorrhoïdes douloureuses, constipation. Paralysie successive des membres supérieur et inférieur gauches et de la face, avec sensation brûlante dans les parties paralysées; bégaiement, dysphagie, météorisme du ventre. Tête lourde, intelligence, sens, et parole conservés. — Nez détruit, remplacé par deux petites ouvertures; tissu adipeux abondant. Substance cérébrale ferme, injectée. Près des nerfs optiques et olfactifs, duretés obrondes, ayant les apparences de la substance médullaire, dans laquelle elles sont confondues; la plus grosse, placée au voisinage des nerfs olfactifs, a le volume d'un fort pois; plus avant dans le cerveau, on rencontre une substance de même consistance et de même forme. Peu de sérosité dans les ventricules. Petite vésicule séreuse au dessous de la glande pinéale. Destruction d'une partie de l'ethmoïde, des cornets, et de la cloison (2).

CCLXXIX° Obs. — Femme, cinquante ans; depuis six semaines, écoulement purulent par la narine gauche gonflée, rouge et douloureuse. Pituitaire enflammée. Pas de syphilis. Au bout de trois mois, maigreur, face altérée, écoulement nasal jaunâtre et fétide, flux analogue par la narine droite. Tremblement, manque de mémoire et d'attention. Pouls fréquent, petit; peau chaude et sèche. Marche impossible, délire, coma. — Injection des vaisseaux veineux des meninges et de l'encéphale, ventricules distendus par une sérosité trouble et purulente, contenant des flocons de lymphe. Septum détruit, parois ventriculaires ramollies, injectées, pointillées, surtout à la partie antérieure du ventricule gauche, aboutissant à une excavation du lobe antérieur. Surface du corps strié ulcérée et ramollie, avec pointillé grisâtre. A la base du crâne, surtout à gauche, arachnoïde recouverte d'une couche de lymphe et d'un liquide séro-purulent jusqu'à la moelle allongée. Communication par une ouverture de la lame criblée avec la cavité nasale. Parois osseuses dénudées

(1) G. Guérin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1821, n° 126, p. 57.

(2) Prost, *Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, 1804, t. II, p. 59.

et cariées. Cellules ethmoïdiennes pleines de pus, détruites en partie (1).

§ II. — Orbito-méningo-cérébrite.

CCLXXXe Obs. — Garçon, seize ans, érysipèle phlegmoneux de la lèvre supérieure et du côté droit de la face, attribué à la morsure d'un cheval malade. L'inflammation s'étend aux paupières et au front. Un abcès se forme dans l'orbite droit; en même temps existe une douleur au côté gauche de la tête, s'irradiant en arrière de la fontanelle antérieure. L'œil droit revient à son état normal, mais ne recouvre pas la vue. La douleur du côté gauche de la tête reparaît, et s'étend derrière l'oreille et le long de la mâchoire inférieure. Elle était intermittente. Pas de trouble intellectuel, pas de paralysie ni d'autre symptôme de lésion cérébrale. Au bout de trois semaines, la santé avait semblé rétablie, le malade se promenait, quand il éprouva une sensation de pesanteur et d'engourdissement dans la tête, avec vertiges. Trois heures après survinrent des convulsions générales, suivies d'un état comateux; elles revinrent peu d'instants après, et la mort ne tarda pas à terminer cette scène. — Adhérences mutuelles des méninges à la base du côté droit, près de la scissure de Sylvius; la dure-mère, au point où elle recouvre la partie postérieure de l'orbite, est percée d'une ouverture faisant communiquer le foyer purulent de l'orbite avec un abcès situé dans le lobe moyen, dont les deux tiers sont envahis par l'inflammation. Le pus est circonscrit dans un kyste et entouré par la substance cérébrale ramollie, plus en dehors par une induration, et au delà par la matière cérébrale ramollie et hyperémiée (2).

CCLXXXIe Obs. — Homme, vingt-quatre ans, fondeur en fer, exposition au froid le 24 février, ophthalmie de l'œil gauche et céphalalgie frontale. 2 mars, chémosis et écoulement muqueux par la narine gauche, vascularité de l'œil droit également augmentée, langue chargée, éruption typhoïde sur la poitrine et le dos, pouls 100, plein et dur. (Saignées, purgatifs.) 4 mars, écoulement abondant par l'œil et la narine gauches, tuméfaction et fluctuation obscure au front, au-dessus du sourcil gauche; délire et marmottement. 6, la tumeur du front est ouverte, il sort peu de matière; faiblesse. 7, issue du pus par l'incision et par la narine droite, œil repoussé hors de l'orbite, avec les paupières gonflées et tendues; le malade se plaint toujours d'une vive douleur au front, et l'écoulement purulent continue. 30 mars, frisson, coma, respiration stertoreuse et

(1) Johnson, *Medico-chir. Review*, 1840, july. (*Archives*. 3e série, t. VIII, p. 474.)

(2) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 3e série, 1857, t. III, p. 297.

mort. — Hémisphères cérébraux un peu applatis en avant. Un abcès, de la grosseur d'un œuf de poule, existe dans le lobe antérieur gauche, au-devant du corps strié, entouré par une membrane jaunâtre. Cet abcès communique avec la base du crâne et s'étend dans le lobe antérieur droit, les deux lobes étant adhérents. Il est, en outre, en rapport avec une tumeur fongueuse, qui occupe l'intérieur de l'orbite, empiète sur la cavité nasale, et refoule l'œil en avant. La substance cérébrale qui entoure l'abcès est ramollie et jaune brun. Le ramollissement de la substance médullaire s'étend jusqu'au centre de l'hémisphère gauche; il a une couleur jaune clair et a l'aspect d'une infiltration purulente (1).

CCLXXXII^e Obs. — Militaire, vingt-cinq ans, sanguin. Décembre, odontalgie par carie dentaire. (Eau-de-vie et poivre pris en grande quantité comme remède.) La joue se gonfle, devient rouge, douloureuse; fluxion très forte, sans fièvre; diminution de la douleur, mais alors assoupissement, rêvasseries, stupeur, constipation, pouls plein, puis petit, fréquent; soubresauts des tendons, quelquefois mouvements convulsifs des bras, rétraction des avant-bras; le gonflement de la joue s'est étendu à l'œil et à la tempe; fluctuation légère; on fait une incision qui ouvre un rameau artériel, lequel doit être lié. 8 onces de sang avaient coulé; calme momentané; puis agitation, fréquence du pouls, saillie de l'œil gauche, immobilité des pupilles, infiltration des paupières. Mort le quatorzième jour. — Foyer purulent à la hauteur du condyle de la mâchoire inférieure. Tissu cellulaire désorganisé, noirâtre. Périoste détaché. Os de couleur brune. Tissu cellulaire du fond de l'orbite enflammé. Nerf optique très rouge. Méninges de la fosse pituitaire du sphénoïde et parties latérales du corps de cet os brunâtres. Pas de carie. Corps pituitaire rouge et gonflé. Commissure des nerfs optiques de couleur brune et entourée d'un peu de pus. Cerveau injecté dans toute son étendue, présentant, à la partie inférieure de chaque lobe moyen, une tache brune, pénétrant d'une ligne dans la substance cérébrale. Larynx et pharynx enflammés. Estomac phlogosé. Duodénum parsemé de points noirs. Invaginations intestinales. Iléon enflammé (2).

CCLXXXIII^e Obs. — Cordonnier, vingt-sept ans, douleur vive et extraction d'une dent molaire supérieure gauche, suivie de fluxion considérable. Larmoiement de l'œil gauche et écoulement séreux par la narine du même côté, photophobie, céphalalgie, tuméfaction

(1) J. Hughes Bennett, *Path. and histological Researches on inflam. of the nervous system.* Edinb., 1843, p. 61. (*Edinb. Med. and Surg. Journal*, n° 157.)

(2) Williaume, *Journal universel*, 1823, t. XXIX, p. 98.

de la face. A gauche, paupières gonflées, conjonctive boursouflée, cécité de cet œil, fièvre intense, puis nulle; intellect sain, assoupissement, abcès ouvert sous le globe de l'œil, anorexie, dégoût, vomissement, selles liquides, pouls mou, lent; convulsions, perte de connaissance, râle, coma. Mort le lendemain. — Vaisseaux encéphaliques gorgés de sang. Vaste foyer purulent dans le lobe antérieur gauche du cerveau, communiquant avec le ventricule latéral du même côté. Ramollissement de la couche optique gauche, des parties externe et inférieure de l'hémisphère du même côté et du cervelet. Communication de l'abcès cérébral avec celui de l'orbite et avec l'antre d'hygmore par deux perforations osseuses (1).

CCLXXXIVe Obs. — Ouvrier ajusteur en cuivre, trente-deux ans, grand, maigre, vigoureux; il y a deux ans, chute sur le côté gauche du front, perte de connaissance pendant huit jours. Au bout de six semaines, retour de la parole, mémoire lente et infidèle, marche mal assurée; la région sus-orbitaire gauche est gonflée; des abcès s'y forment et s'ouvrent. Rétablissement apparent pendant quelques mois; retour au travail. Août, perte des forces, diminution de la mémoire et de l'intelligence, douleur persistante à la région frontale gauche. Novembre, décubitus dorsal, face pâle, sans expression; traits non déviés, bouche entr'ouverte, œil droit fermé, œil gauche entr'ouvert, saillant; conjonctive injectée, iris mobile, paupière supérieure rouge, gonflée; membres immobiles, mais piqués profondément, ils exécutent quelques mouvements des deux côtés; muscles de la face contractiles; la sensibilité existe partout. Quand on pique, on excite la douleur, le malade prononce quelques mots, il se plaint de la tête, mais ne répond à aucune question; pouls lent, 35; respiration lente, 15; déglutition facile, incontinence d'urine, constipation; un petit abcès du front est ponctionné. Décembre, amélioration considérable, parole nette, mouvements libres, vue intacte. Le 25, excès alcooliques, chants bachiques, suivis de céphalalgie intense, de nausées, de convulsions très fortes du côté gauche, lividité de la face, écume à la bouche, coma, résolution, stertor. Mort le 26. — Un caillot de sang noirâtre et mou recouvre l'hémisphère droit, qui est sain. Le lobe antérieur gauche est presque en entier remplacé par une tumeur enkystée, que la substance cérébrale ramollie enveloppe de toutes parts, excepté en avant, dans une petite étendue. Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, adhère en avant à la dure-mère, en arrière elle répond à la corne frontale du ventricule; elle contient 50 grammes d'un pus bien lié, crémeux, jaune, non fétide. Le kyste est formé par une

(1) Fischer, de Prague, *Archives*, 1834, 2e série, t. IV

membrane fibreuse, résistante, épaisse de 3 à 4 millimètres. Sa surfece externe est lisse, polie, l'interne est couverte de lignes saillantes, lui donnant un aspect réticulé, aréolaire. Ventricules sains. La dure-mère, au niveau de l'adhérence du kyste, laquelle est très serrée et solide, est détachée du frontal et soulevée par du pus. Cet os offre une petite perforation, qui met sa face interne en rapport avec la cavité de l'orbite et avec les abcès de la région surcilière. Œil, nerf optique intacts (1).

CCLXXXVe Obs. — Maçon, quarante ans, d'un naturel triste, symptômes présumés vénériens, chagrins, nuits mauvaises, etc. Septembre, fièvre, ulcérations multipliées du crâne, du nez, de la lèvre, etc. 23 novembre, pouls fort, 80; vue bonne, réponses raisonnables. Mort le lendemain matin. — Épaississement de la dure-mère sur l'orbite droite. Dans le tiers antérieur de l'hémisphère droit se trouve un large abcès qui s'est ouvert dans le ventricule. Il y a aussi du pus épanché à la base du cerveau (2).

§ III. — Fronto méningo-cérébrite.

CCLXXXVIe Obs. — Femme, vingt-six ans, cécité depuis l'âge de dix ans, avec opacité des cornées; chloro-anémie. — A la face interne du frontal, de chaque côté de la ligne médiane, légère hypertrophie osseuse, vascularisation très remarquable et granulations disposées en ligne tortueuse. Au même niveau, néo-membrane organisée sur la face externe de la dure-mère; il s'en trouve une aussi à la face interne. Pie-mère infiltrée. Deuxième circonvolution frontale gauche jaunâtre, affaissée. Substance corticale amincie. Cette altération s'étend à la deuxième circonvolution de l'insula de Reil. L'examen microscopique y montre la destruction des éléments nerveux, la présence de granulations graisseuses, de corps granuleux et de nombreux cristaux. Après quelques jours de macération dans l'alcool et ayant été colorés avec la solution de carmin, les points détruits de la substance corticale paraissent remplacés par un tissu en partie amorphe, en partie finement fibrillaire. Il y a des noyaux, des corpuscules, des granulations et gouttelettes graisseuses. Les petits cristaux résultent de la concrétion de la graisse. Enfin, dans ce tissu se trouvent beaucoup de vaisseaux sanguins ayant une seule tunique, et recouverts de jeunes corps fusiformes (3).

(1) Binet, *Bulletin de la Société anatomique*, 1857, p. 14, et *Recueil des travaux de la Société médicale d'Observation*, 1857, p. 136.

(2) James Earle, *Med. and Physical Journal*, 1810, t. XXIII, p. 89.

(3) Hayem, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1868, nº 124, p. 105.

CCLXXXVII[e] Obs. — Laboureur, quarante ans, intempérant, travaillant dans le mois d'août aux rayons d'un soleil ardent, pris tout à coup de douleur au front, qui persiste sans adoucissement et aussi sans autres symptômes. Cet individu marche en pressant sa tête entre les deux mains, et, au lit, il la comprime encore. 1[er] septembre, augmentation de la douleur, inappétence, moral de plus en plus obtus, pas de réponses, seulement mussitation, pouls tombé à 55. Mort le 5. — Le frontal, dans une étendue de deux pouces sur un, est dénudé de périoste et irrégulièrement carié à sa table externe. On ne reconnaît, dans cette région, aucune trace de lésion traumatique. Vis à vis cette altération osseuse, la dure-mère est épaissie, d'environ un huitième de pouce, et adhère à l'os et au cerveau. Cet organe est mou et presque diffluent, et ce changement n'est pas borné à la partie antérieure de l'hémisphère gauche; on le retrouve également sur le droit. En pénétrant dans le lobe antérieur gauche, on trouve un abcès de la grosseur d'une grosse noix, rempli d'un pus épais, jaune verdâtre. Les parois de cet abcès sont d'un blanc obscur, avec des taches noires, d'une texture ferme. Les deux tiers de ce lobe sont ramollis et privés de sang. Le ramollissement s'étend à la voûte et à la corne postérieure du ventricule droit (1).

CCLXXXVIII[e] Obs. — Homme, mère aliénée, musicien, vaniteux, ivrogne. A vingt-cinq ans, dans une partie de débauche, attaque à forme apoplectique, suivie de paralysie du côté gauche; nouveaux excès de spiritueux, de femmes et d'onanisme. A trente-cinq ans, aliénation mentale, exaltation, cris, injures, prononciation embarrassée, marche assez facile, mais en inclinant à gauche; ce côté du corps est un peu atrophié, le bras est contracté. Attaque d'épilepsie, après laquelle le malade, dont la parole est revenue, affirme en avoir eu déjà plusieurs. Pendant neuf ans, même état, même activité dans les idées, même irritabilité dans le caractère, même propension aux disputes et aux actes de violence, quoique faible et hémiplégié. A quarante-quatre ans, les convulsions se rapprochent, la constitution s'affaiblit, la manie devient démence, mais la parole persiste, et le malade répond aux questions avec une certaine justesse. Mort à l'âge de quarante-cinq ans. — Il s'était formé sur le front deux petits foyers de suppuration. On constate qu'ils tiennent à une altération de l'os, pénétrant, à gauche, jusqu'au diploë; à droite, jusqu'à la table interne. En cet endroit, la dure-mère offre une sorte de disque fibreux, et les feuillets arachnoïdiens sont accolés par un produit fibrineux ou plastique, disposé par couches

(1) Thomas Cock, *American Journ. of med. Sciences* (New-York), 1852, octob., p. 375.

peu distinctes et pénétrées de vaisseaux. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne sur l'hémisphère droit. Cet hémisphère est converti en une très grande cavité par la destruction de la substance nerveuse. Des brides celluleuses, des filaments nombreux, des plaques pseudo-membraneuses, tendues comme des réseaux, s'attachent aux parois de ce clapier, dont le pourtour est ramolli. Les méninges de l'hémisphère gauche présentent une fausse membrane bien organisée entre les feuillets arachnoïdiens et un épaississement œdémateux de la pie-mère; mais l'hémisphère lui-même est dans un état presque normal. La substance grise tire sur le rose et la substance blanche est très vasculaire. Ramollissement de l'extrémité inférieure de la moelle (1).

CCLXXXIX° Obs. — Femme, cinquante ans, portant une exostose considérable à la région sus-orbitaire droite; autrefois d'un bon naturel, gaie, spirituelle, elle devient sujette à une céphalalgie intense et à des attaques épileptiques. Vision presque détruite à l'œil droit; cette femme tenait la tête oblique quand elle voulait parler; capricieuse et méfiante, croyant qu'on en veut à sa vie. Elle attribuait la tumeur du front à une chute faite vingt-cinq ans auparavant sur cette partie ou à la morsure d'un rat; elle ne se plaignait point de cette tumeur; sa mémoire est peu fidèle, surtout quant aux noms; elle se trompe sur les couleurs; son humeur est devenue acariâtre, elle s'emporte souvent contre les personnes, même contre celles qui lui font du bien. Elle abusait des liqueurs spiritueuses; elle fut trouvée morte dans son lit. — Effusion séreuse abondante sur toute la surface du cerveau, dans les ventricules et dans le canal rachidien. Lobe cérébral antérieur droit occupé par un abcès du volume d'un œuf, qui presse la faux. Les parois de cet abcès sont osseuses. La tumeur extérieure est également formée de fibres osseuses naissant du frontal, du nasal, de l'orbite, et renfermant une matière gélatineuse ou fibreuse. Les canaux optiques étaient resserrés, le droit surtout (2).

CCXC° Obs. — Homme, cinquante-neuf ans, anciens chancres et écoulement. Il y a sept ans, roideur des membres, syphilides. Coup au front, ulcération et nécrose; difformités des pieds, suites de contractures; cachexie syphilitique, etc. — Hypertrophie de la table interne du crâne. Frontal nécrosé. Dure-mère non adhérente, noirâtre, épaissie. Cerveau au-dessus altéré dans une profondeur de 7 à 8 millimètres, ramolli, pulpeux, noir à sa surface. Pie-mère et

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 386.

(2) Syme, Sibbald et Wight, *Edinb. Med. and Surg. Journal*, 1828, t. XXX, p. 318.

et arachnoïde intimement adhérentes à la dure-mère, autour de ces parties altérées par l'inflammation. Reste du cerveau sain ([1]).

§ IV. — Temporo méningo-cérébrite.

CCXCIe Obs. — Garçon, quatorze ans. 12 septembre, céphalalgie qui augmente d'intensité, inflammation vive de l'œil gauche (on présume que cet organe avait reçu un coup de fouet). 3 octobre, intelligence affaiblie, parole impossible, remplacée par des signes ou des sons inarticulés; évacuations involontaires, possibilité de se lever et de faire quelques pas, en paraissant s'incliner du côté gauche; pas de paralysie des bras, œil gauche complètement désorganisé, vision de l'œil droit imparfaite, frissons, vomissements, convulsions, coma. Mort le 15. — La dure-mère paraît saine, excepté à gauche, au niveau de la portion squameuse du temporal, où elle est rugueuse et couverte d'un dépôt de lymphe; en la divisant, il s'écoule une grande quantité de pus épais et verdâtre. Vaisseaux de la pie-mère très injectés. Circonvolutions aplaties. L'hémisphère gauche contient une série d'abcès de diverses grosseurs, communiquant les uns avec les autres et situés principalement sur le côté externe des lobes antérieur et moyen; ils s'étendent à la base du crâne. La matière cérébrale qui entoure les abcès est ramollie, de consistance caséeuse et de couleur un peu jaunâtre. Les parties centrales et la substance médullaire qui avoisine le ventricule droit, sont molles, pultacées et blanches. Les deux ventricules contiennent une grande quantité d'un liquide d'aspect lactescent. En enlevant le cerveau, on trouve à gauche une large carie d'une portion du temporal et de la majeure partie de la grande aile du sphénoïde ([2]).

CCXCII[e] Obs. — Soldat, disposé à l'apoplexie. A vingt-trois ans, fièvre inflammatoire, tuméfaction de la parotide, somnolence; puis céphalalgie, insomnie, fièvre, gonflement de la région temporale, épistaxis, oreille douloureuse, ouïe obtuse, taciturnité, hébétude, froid des extrémités, pouls petit, irrégulier. Mort. — Vaisseaux cérébraux injectés. Circonvolutions effacées. Au-dessus du ventricule gauche, kyste de la grosseur d'un œuf de poule, rempli de pus. Substance médullaire voisine ramollie. Ce kyste, à parois denses et d'aspect fibreux, est analogue intérieurement aux membranes mu-

([1]) Delineau, *Bulletin de la Société anatomique*, 1841, p. 278.

([2]) J. Hughes Bennett, *Pathol. and histological Researches on infl. of the nerv. system* Edinb., 1843, p. 40. (*Edinb. med. and Surg. Journ.*, n° 155.)

queuses enflammées; il communique, par une ouverture de la dure-mère et de l'os, avec la tumeur extérieure [1].

CCXCIII^e Obs. — Femme, vingt-cinq ans; depuis un mois, douleur vive et intermittente au côté droit de la tête; il y a quelques jours, on remarque un léger gonflement au point le plus douloureux; une incision y est pratiquée; pas de soulagement. Perte de la mémoire, apparence stupide, éclats de rire sans motif; un instant après, plaintes, pleurs, tête pressée entre les mains; sorte d'état hystérique. L'incision pratiquée permet de sonder jusqu'à l'os, qui ne paraît pas carié; l'état moral s'aggrave; la langue, montrée, est oubliée sur la lèvre; les aliments sont oubliés dans la bouche; évacuations involontaires, coma, premier degré de paralysie du côté droit de la face, léger strabisme convergent, surtout de l'œil droit, dont la pupille est dilatée; le pouls, d'abord à 100, tombe, pendant le coma, à 50, et y reste jusqu'à la fin; yeux fixes, la main droite tenue avec roideur contre la poitrine, ne peut en être écartée sans résistance. Au moment où on songe à trépaner le point affecté, la mort arrive. — Le péricrâne est détaché, et l'os est lui-même un peu rugueux. La portion correspondante de la dure-mère se sépare aisément de la table interne. Un large abcès occupe le lobe moyen, et est si près de la surface qu'on peut distinguer la teinte verdâtre du pus à travers la mince couche de substance grise. Six onces de pus fétide bien circonscrit. Cerveau normal dans tous les autres points [2].

§ V. — Sphéno-méningo-cérébrite.

Cette variété se distingue par la lésion coïncidente du corps pituitaire.

CCXCIV^e Obs. — Homme, vingt-quatre ans, épileptique, fièvre inflammatoire, gangrène pulmonaire. — Sur les côtés de la suture sagitale, surface rugueuse, élevée, avec les apparences d'un rayon de miel et beaucoup de petits trous dans la table interne, où la dure-mère pénètre par des excroissances fongueuses. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Sérosité dans les ventricules. Glande pituitaire large, rouge et ferme. Au-dessous, cavité contenant une substance ferme, jaunâtre, semi-transparente, du volume d'une fève, qui,

(1) Scalvanti, *Annali universali, etc.* (*Gazette médicale*, 1833, t. I, p. 515, et *Gazette des Hôpitaux*, t. VII, p. 382.)

(2) Hamilton, *Dublin quarterly Journal of med. Sciences*, 1854, february, p. 220.

mise dans l'eau, gagne le fond. Selle turcique profondément excavée. Apophyses clinoïdes postérieures très fragiles ([1]).

CCXCV^e Obs. — Femme, trente-huit ans, céphalalgie gravative, anorexie, vertiges, sommeil fatigant, affaiblissement graduel de la vue, picotement au fond de l'orbite, amaurose à gauche, puis à droite; pupilles très dilatées, engourdissement presque général, marche difficile, face bouffie, stupeur, surdité plus prononcée à gauche, mémoire lente et infidèle, somnolence, déjections involontaires; les menstrues n'avaient pas été supprimées. Mort au bout de quinze mois. — Sérosité dans les ventricules cérébraux. Glande pituitaire volumineuse, renfermant plusieurs petits foyers purulents fétides; elle adhère aux apophyses clinoïdes postérieures, surtout à gauche; celles-ci sont presque détruites, ainsi que la selle turcique. Sérosité purulente dans les sinus sphénoïdaux. En outre, tumeur née dans le fond du conduit auditif interne gauche ([2]).

CCXCVI^e Obs. — Ancien militaire, soixante-huit ans, ancienne syphilis, céphalalgie, sens intacts, toux, douleurs de poitrine, expectoration purulente, embonpoint conservé. — Glande pituitaire hypertrophiée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, fongueuse, d'un aspect rouge sale, indurée à son centre, couverte de pus. Corps du sphénoïde détruit, présentant une large cavité. Dure-mère usée sur les bords. Parois rugueuses; la carie a envahi les pétites ailes, l'apophyse basilaire. La voûte du pharynx est perforée. La muqueuse y est épaissie, opaque, indurée, comme fibreuse, garnie de débris d'os ([3]).

§ VI. — Occipito-méningo-cérébellite.

CCXCVII^e Obs. — Soldat, vingt-quatre ans, petit, maigre. Juillet, exposé, en montant la garde, à une chaleur étouffante. Difficulté de tourner la tête. 30, pâleur, vertiges, tremblement, céphalalgie violente, sentiment de défaillance, vomissement d'aliments pris la veille. 1er août, face grippée et violacée, lèvres gonflées, paupières pesantes, peau froide, pouls serré, respiration courte, mouvements convulsifs de la face et des bras, céphalalgie frontale, gémissements sourds, douleur à la nuque, excitée par les mouvements ou la pression, tumeur molle derrière l'apophyse mastoïde droite, rougeur et sécheresse de la langue, tuméfaction et chaleur de l'épigastre. 3, frissons, céphalalgie insupportable, syncope, pouls lent et petit,

([1]) Rob. Scott Orr, *Edinb. Med. and Surg. Journal*, 1852, april, t. LXXVII, p. 301.
([2]) Lévêque la Source, *Journal général*, t. XXXVII, 1810, p. 368.
([3]) Roy, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 179, p. 19.

haleine fétide; jactitation, soubresauts des tendons, rétention d'urine, odeur de souris; convulsions, assoupissement, mussitation, respiration saccadée, dysphagie, coma, hémiplégie gauche. Mort le 9 août. — Empâtement de la région cervicale droite. Ulcérations sur le sinus latéral droit, qui contient un caillot de sang noir, et dont la surface interne est d'un vert noirâtre. Les portions osseuses correspondantes sont d'un gris ardoisé. Surface supérieure du lobe droit du cervelet d'un vert jaunâtre, et offrant en arrière une ulcération en rapport avec le ramollissement pulpeux et olivâtre de la substance cérébelleuse. Lobe postérieur droit du cerveau et tente du cervelet voisine, de couleur verte. Injection des vaisseaux de la base du crâne. Protubérance et moelle allongée molles et infiltrées de sérosité. Nerfs mous à leur origine. Voûte à trois piliers ramollie, ainsi que le tubercule quadrijumeau antérieur droit, les corps striés et les couches optiques. La tumeur située sur l'occipital présente, sous les aponévroses, une masse d'un vert brunâtre d'odeur gangréneuse, pénétrée d'un liquide sanieux, fétide, gagnant l'apophyse basilaire et la partie inférieure du rocher. Sont compris dans la lésion : une partie de la parotide, les insertions du digastrique et du sterno-mastoïdien, des splenius et complexus; le pneumo-gastrique, l'hypoglosse, le laryngé supérieur, le premier ganglion cervical, le glosso-pharyngien. Les nerfs ont pris la couleur de la masse. Carotide interne entourée de petites granulations jaunâtres; sa membrane interne est molle et grisâtre. Rougeur des muqueuses pharygienne et laryngée [1].

CCXCVIII^e Obs. — Fille, trente ans, constitution forte; depuis neuf mois, douleurs de tête très vives, pas plus la nuit que le jour; depuis trois mois, perte de la vue, pupilles mobiles; petite tumeur fluctuante au côté droit de la région occipitale, en rapport avec le périoste; os dénudé. Conservation de l'appétit, pas de faiblesse des membres, locomotion facile. Tout à coup, le 6 octobre, céphalalgie plus vive, vomissements bilieux. Mort le 12. — Cerveau presque normal. Dans le lobe droit du cervelet ramolli, tumeur du volume d'une noix, adhérente à la dure-mère. Cette production, analogue à des flocons de tissu cellulaire gangrené, est molle et baigne dans le pus. Occipital érodé; sa table interne est détruite dans quelques points [2].

§ VII. — Oto-méningo-cérébrite.

L'oto-cérébrite constitue une espèce des plus importantes par le nombre des faits et par la variété des circonstances

[1] Fallot, *Journal complémentaire*, 1827, t. XXVIII, p. 313.
[2] Fleury, *Moniteur des Hôpitaux*, 1856, p. 1026.

qu'ils ont présentées. Le cerveau s'est trouvé dans des états différents d'inflammation, avec induration, ou ramollissement, ou suppuration. De là trois séries.

a. — *Oto-méningo-cérébrite avec induration de la substance cérébrale.*

CCXCIX[e] Obs. — Garçon, quinze ans, introduction brusque d'une aiguille à tricoter dans l'oreille gauche. Perte subite de connaissance, puis délire, assoupissement, mouvements convulsifs de la face du côté lésé, état apoplectique. Mort le cinquième jour. — Désordre considérable dans le tympan. Altération du labyrinthe, du nerf auditif. Méninges correspondant au rocher enflammées, avec épanchement séro-purulent verdâtre et substance corticale injectée, indurée. Même état du côté du cervelet (1).

CCC[e] Obs. — Paysan, quarante ans, inflammation vive de l'oreille droite. Troisième jour, douleur gravative intense, qui s'étend à toute la tête, avec sensation de froid. Le quinzième jour, hémiplégie incomplète du côté gauche, stupeur, grande prostration, face triste, air farouche, pouls faible, petit et lent; délire, mussitation, langue très sèche, tremblement de la main gauche, stupeur plus prononcée, surtout le soir; état comateux, aphonie, pouls petit, abdomen rétracté et presque concave, bras spasmodiquement contractés, muscles de la face crispés, veines du front gonflées dans les moments de spasme; la peau, ordinairement froide, devient chaude dans ces moments; pouls fréquent, maigreur. Mort au bout de plusieurs jours. — Dure-mère très adhérente aux autres membranes et au cerveau, près du rocher. En cet endroit, la substance cérébrale offre de la dureté et une sorte de noyau de la grosseur d'une châtaigne. Divisé en travers, on trouve à l'intérieur une substance dure, d'un noir cendré, et un petit canal conduisant à une cavité creusée dans l'hémisphère droit, formée par la substance cérébrale, détruite en cet endroit. Cette cavité aurait pu contenir une pomme de moyenne grosseur, sans communication avec les ventricules. Poumons enflammés (2).

CCCI[e] Obs. — Homme, soixante-dix ans, coup à la tête, céphalalgie, écoulement sanieux par l'oreille gauche, douleur, tremblement de la joue, distorsion de la bouche, issue par l'oreille d'une tumeur fongueuse, suppurante; tumeur volumineuse, bosselée, abscedée derrière l'oreille; déglutition difficile, perte des forces et de la

(1) Speranza, *Nuovo Mercurio*. Livourne, 1829. (*Archives*, t. XIX, p. 579.)
(2) J. P. Frank, *Interpretationes*, 1812, p. 142.

parole. Mort. — Dure-mère couverte d'une quantité considérable d'humeur gélatineuse. Inflammation de la substance corticale du cerveau. Carie profonde du rocher. Destruction des osselets. Tumeur polypeuse dans l'oreille [1].

b. — *Oto-cérébrite avec ramollissement de la substance cérébrale.*

CCCII^e Obs. — Femme, vingt-trois ans, écoulement purulent par l'oreille droite depuis trois ans et demi, surdité du même côté de temps à autre. Quatorze jours avant la mort, malaise, céphalalgie qui occupe le côté droit de la tête, pouls lent, moral calme. Quelques jours après, paroxysme violent de céphalalgie, cris *oh! ma tête!* Ni convulsions, ni hémiplégie; pupilles inégalement dilatées. Le jour de la mort, la malade montre sa langue et parle distinctement. — Pas de traces de tubercules. Moitié inférieure du lobe moyen droit diffluente, de couleur cendrée et d'odeur désagréable. Cette altération s'étend jusqu'à la corne descendante du ventricule et affecte la voûte. Corps strié et couche optique ramollis et grisâtres. Matière purulente fétide dans les ventricules. La dure-mère qui couvre le rocher et le sinus latéral est grisâtre, mais non perforée. Entre elle et l'os, il y a une exsudation fibrineuse. Le sinus latéral contient des caillots en partie désorganisés. La voûte du tympan est détruite par la carie, ainsi qu'une partie du canal demi-circulaire supérieur. Les autres canaux et le vestibule sont pleins de pus. La cavité du tympan est remplie d'une matière molle, crémeuse, qui, sous le microscope, se montre formée de : granules, globules huileux, cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et cristaux de cholestérine. Une production polypoïde était attachée par un pédicule au promontoire et obstruait le canal auditif. Sa structure est fibro-nucléaire et fibro-plastique [2].

CCCIII^e Obs. — Soldat, vingt-neuf ans, tempérament lymphatico-sanguin; l'année précédente, refroidissement, sifflement dans l'oreille droite avec écoulement de matières visqueuses. Juin, douleurs dans cette oreille et surdité; guérison. Octobre, nouvelle rechute; de plus, tuméfaction de la langue et abcès sur l'hélix. Novembre, langue excoriée et en suppuration, petit abcès derrière l'oreille, douleur dans la tête, stupeur. Décembre, écoulement par l'oreille gauche, insomnie, céphalalgie extrêmement intense, respiration pénible, gémissements, pouls à peine sensible, mouvements automatiques, état soporeux. Mort. — Ventricules latéraux pleins de sérosité.

(1) Moegling, *Ephem. nat. curios.* (Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. II, p. 116.)

(2) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 279.

suffocation, délire, soubresauts des tendons, jactitation, réponses lentes. — Arachnoïde enflammée. Vaisseaux méningiens et cérébraux fort injectés. Très petits tubercules à la partie supérieure du cerveau. Pie-mère très injectée et ramollie. Substance du cerveau ramollie, surtout au voisinage du rocher, où elle est diffluente. Périphérie du cerveau rougeâtre. Ventricules pleins de sérosité. Nerfs optiques injectés. Tympan dénudé et carié. Ulcération des arythénoïdes. Tubercules et hépatisation pulmonaires ([1]).

e. — Oto-méningo-cérébrite avec formation de pus dans la substance cérébrale.

Cette sous-division, qui est la plus importante et la mieux caractérisée, présente aussi les faits les plus nombreux et les plus variés. L'étude de ces faits est digne de toute l'attention des observateurs.

CCCVIII[e] Obs. — Fille, suppression d'un ancien écoulement ichoreux par l'oreille, douleur et pesanteur de tête, fièvre. Mort. — Abcès dans le cerveau ([2]).

CCCIX[e] Obs. — Enfant; ancien écoulement purulent par l'oreille gauche, attaque d'épilepsie, revenant huit jours après, suivie d'insensibilité et d'évacuations involontaires. Intelligence obtuse, chute de la paupière supérieure gauche, écoulement de l'oreille fétide, dilatation des pupilles, surtout de la gauche; bouche tirée à gauche, convulsions, coma. Mort le cinquième jour. — Vaisseaux de la dure-mère injectés. Circonvolutions applaties. Surface du cerveau du côté gauche, correspondant à la portion squammeuse du temporal, pâle et molle. Beaucoup de sérosité dans les ventricules. Large abcès à la partie externe de l'hémisphère gauche et dans la plus grande partie du lobe moyen, avec kyste très ferme, tapissé par une membrane et contenant six onces de pus. Substance cérébrale environnante ramollie. La partie inférieure de l'enveloppe de l'abcès adhère à la dure-mère qui recouvre la portion pétrée du temporal; en cet endroit, existe une petite communication avec l'oreille interne, à travers la dure-mère. Surface du rocher rugueuse, noirâtre. Ulcération étendue jusqu'au tympan, dont la membrane est détruite, et qui est pleine de pus ([3]).

([1]) Ruschenberger, *American Journal of med. Sciences*, 1847, t. I, p. 363.

([2]) Baillou, *Epidemiorum et ephemeridum*, lib. XI, *Constitutio estiva*, 1579 (*Opera*, Genevæ, 1762, t. I, p. 196.)

([3]) Pollock, *Transact. of the Pathol. Society, of London*, 1847, t. I, p. 40.

CCCX^e Obs. — Hippolyte Athénée, sept ans, tempérament lymphatique, diathèse éminemment scrofuleuse, placé à l'hospice des enfants assistés de Bordeaux, à l'âge de quatre ans. On s'aperçut qu'il portait une ouverture fistuleuse à la base de l'apophyse mastoïde gauche, d'où s'écoulait un pus grisâtre, abondant et très fétide; les extrémités articulaires des os longs étaient gonflées, l'articulation huméro-cubitale gauche était plus particulièrement malade, les parties molles environnantes étaient ulcérées et fongueuses. La moitié gauche de la face était complètement immobile et paraissait plus grande que la droite; l'œil gauche était plus ouvert que le droit; toutefois, la bouche n'était pas déviée. Cet enfant jouissait de toute son intelligence et de sa volonté; il les a conservées jusqu'à son dernier moment. Il était d'un naturel sombre, taciturne, acariâtre; il avait une extinction de voix, ou plutôt la voix était comme étouffée; son entêtement était extrême; impossible d'en arracher un seul mot quand il avait résolu de ne pas parler. Par cette raison, on n'a pu s'assurer positivement par aucun moyen s'il se faisait une perception quelconque des sons du côté de l'oreille malade. L'obstination de cet enfant à garder le silence rendait toute épreuve impossible; et, comme il était méfiant et assez fin, on ne pouvait se fixer sur le degré d'audition de l'une ou de l'autre oreille, même après avoir longtemps attendu le moment favorable; mais, quand on ne l'observait pas, il parlait avec les autres enfants, qu'il paraissait entendre fort bien. L'ouverture fistuleuse fournissait toujours un écoulement qui était plus abondant quand la tête reposait sur le côté gauche.

Dans les derniers jours la peau devint luisante, d'une couleur blanc de lait, et l'anasarque ne tarda pas à se prononcer. Les membranes séreuses s'emplirent aussi de liquides; l'abdomen en était surtout distendu. Cet enfant mourut en juillet 1827, après avoir présenté quelques symptômes d'affection cérébrale, fièvre, assoupissement, dilatation des pupilles, mouvements spasmodiques des membres.

Nécropsie. — Les portions mastoïdienne et écailleuse du temporal gauche sont cariées. Le rocher est aussi dans un état tel qu'il est impossible d'y reconnaître aucune structure. La cavité du tympan, les osselets, le labyrinthe, le vestibule, le limaçon, les canaux demi-circulaires n'ont laissé aucune trace. On ne trouve pas le moindre vestige du nerf acoustique. L'ample cavité du rocher communique, par une ouverture, avec un long trajet fistuleux, qui s'ouvre dans le ventricule latéral. Ce canal est creusé dans la substance même du cerveau; de telle sorte que la matière purulente fournie par l'oreille interne pouvait se mêler à la sérosité du ventricule; et ainsi s'explique ce fait que quand l'enfant se couchait sur le côté gauche, l'oreiller se trouvait considérablement mouillé. Nous

constatons la présence du pus dans le ventricule gauche du cerveau; il est impossible de s'assurer si une membrane particulière tapisse le canal oto-ventriculaire qui vient d'être indiqué. Le lobe moyen gauche a contracté des adhérences intimes avec les méninges, dans toute l'étendue de la région temporale. Au milieu de ce désordre, l'oreille externe avait conservé son état normal. Le fibro-cartilage de la conque était parfaitement sain. Toute la masse encéphalique était saine, seulement un peu molle et baignée de sérosité. Oreille droite intacte. Sauf des épanchements séreux, pas d'autre lésion digne d'être mentionnée dans les cavités thoracique et abdominale.

CCCXIe Obs. — Garçon, neuf ans; depuis trois ans, otite violente. Abcès derrière l'oreille gauche, ulcération du conduit auditif, avec écoulement ichoreux et ouïe détruite de ce côté, paralysie de la joue gauche, céphalalgie, fièvre légère. Au bout de deux mois, fièvre très forte, douleurs plus vives, hémorrhagie par l'oreille, fléchisseurs des pieds très contractés, assoupissement. Mort au bout de quatre jours de cet état. — Conduit auditif externe détruit en entier et os pierreux jusqu'à sa base. Il ne reste que quelques filets du nerf auditif. Nerf facial endurci, interrompu, se terminant près de l'aqueduc de Fallope en un bord ulceré. Inflammation de l'arachnoïde avec suppuration s'étendant jusqu'à la base du cerveau, sur le mésocéphale, les pédoncules et le bulbe. Lobe postérieur adhérant, par sa face inférieure, à la dure-mère, et contenant une cavité remplie de pus ichoreux, dont les bords paraissent bruns et gangréneux [1].

CCCXIIe Obs. — Garçon, onze ans, issu d'une famille scrofuleuse. Dès l'âge de deux ans, après une fièvre cérébrale, il existait un écoulement purulent par les deux oreilles. Depuis, suppression de cet écoulement, céphalalgie, intelligence conservée; une main est appliquée sur le côté droit de la tête, où se rapporte la douleur la plus vive; plaintes, langue chargée, peu de fièvre. Amélioration pendant quatre ou cinq jours; puis, tout à coup, aggravation, céphalalgie plus intense, strabisme, mouvements étranges de la face, cris continuels, stupeur, convulsions. Mort au bout de deux jours, dix après l'invasion des phénomènes cérébraux. — Large abcès dans l'hémisphère cérébral gauche, communiquant avec le ventricule et plein de pus verdâtre et fétide. Du côté externe, l'abcès touche à la portion du crâne qui correspond à l'oreille gauche. Rocher altéré, mais sans ouvrir de communication entre le méat auditif externe et

[1] Schroeder van der Kolk, dans Villemier, *De otorrhœa, trajecti ad Rhenum*, 1836, p. 25. (*Gazette médicale*, t. VI, p. 323.)

l'intérieur du crâne. Substance cérébrale anémique. Méninges injectées. Le kyste de l'abcès était mince ([1]).

CCCXIII[e] Obs. — Garçon, onze ans, robuste, brun, otorrhée depuis six mois. 18 janvier, fièvre, malaise, vomissement, céphalalgie, constipation; ni surdité, ni trouble de la vue, yeux souvent fermés, intellect intact, langue villeuse, pas de soif; les boissons reviennent par l'oreille droite; pouls inégal, intermittent, 80, puis 112. Examen des yeux : papille droite petite, avec congestion peri-papillaire; augmentation du nombre des vaisseaux, thrombose phlébo-rétinienne; congestion externe de la papille gauche et hypérangie veineuse sans thrombose. Pus rendu par l'oreille et par la bouche, prolapsus de la paupière supérieure droite sans déviation de la face, sans strabisme; l'œil peut se fermer, mais non s'ouvrir; la face reste sensible, puis elle se paralyse; l'œil gauche peut se fermer; la joue est flasque, les traits se dévient à droite; affaiblissement musculaire et diminution de la sensibilité tactile dans tout le côté gauche; coma, sueurs profuses, face violacée. 16 février, hémiplégie plus prononcée, convulsions, contracture des poignets. Mort. — Pie-mère congestionnée. Veines méningiennes distendues et contenant des caillots. Hémisphère droit volumineux; sa face plane et l'externe sont saillantes. Sa substance est d'un blanc verdâtre et offre de la fluctuation. Là se trouve un abcès du volume d'un œuf, rempli d'un pus granuleux, infect, en contact immédiat avec la substance cérébrale elle-même, laquelle est verdâtre et molle. Deuxième abcès plus petit dans le lobe antérieur avec ramollissement jaunâtre et piqueté rouge. Point de granulations tuberculeuses. Pas de pus dans la pie-mère, qui est épaisse et blanchâtre à la base du cerveau. Dure-mère saine. Caillot fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur. Pointe du rocher et corps du sphénoïde cariés et remplis de pus. Sinus caverneux droit distendu par des caillots; le nerf de la troisième paire en est comprimé. Nerf optique très vasculaire ([2]).

CCCXIV[e] Obs. — Garçon, douze ans, malaise, douleur à l'oreille gauche, abcès, stupeur, écoulement fétide par l'oreille; deuxième abcès, pouls petit et fréquent, assoupissement, faiblesse, évacuations involontaires; enfin, convulsions, coloration bleuâtre de la face, pupilles dilatées et fixes. Mort. — Congestion des vaisseaux sanguins de la dure-mère. Dans la gouttière latérale, portion d'os nécrosée. Entre

([1]) Hughes-Willshire, *Lancet*, 8 oct. 1853. (*American Journ. of med. Sciences*, 1854, jan., p. 215.)

([2]) Bouchut, *Diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie*. Paris, 1866, p. 154.

cet os et la dure-mère, abcès qui s'ouvre derrière l'oreille. Abcès dans le lobe moyen du cerveau. La membrane du tympan est détruite (1).

CCCXVe Obs. — Garçon, treize ans, douleur dans l'oreille droite, avec écoulement purulent, depuis l'enfance. 29 mai, douleur plus vive qu'à l'ordinaire, défaillance subite, convulsions; et alors, écoulement de pus par le nez avec soulagement immédiat. 1er juin, pas de troubles cérébraux, pouls 96, action du cœur faible et irrégulière, pupilles dilatées, vue conservée. Le 2, douleur vive au front et au vertex, tremblements, légère incertitude en marchant, nausées, mais pas de vomissement; pouls 74, irrégulier; respirations, 24. Le 3, convulsions. Le 5, léger délire, agitation, pouls 40, face alternativement pâle et rouge, abdomen aplati, selles brunes et glaireuses, fourmillements aux orteils et à la hanche du côté gauche, et crampes à la jambe du même côté. Le 11, les mêmes sensations se manifestent dans le bras; pouls 70 à 80, respiration très irrégulière. Le 12, coma. Mort. — Exsudation phlegmasique sous l'arachnoïde, sur les lobes postérieur et moyen droit du cerveau. Abcès contenant une once et demie de pus dans le lobe postérieur. Substance cérébrale environnante ramollie et jaunâtre, mais arachnoïde intacte. Région centrale très saine. Pas d'épanchement dans les ventricules. Sinus latéral droit de la dure-mère épaissi, obstrué aux trois quarts par un caillot ancien, décoloré. Altération et ulcération de la partie supérieure du rocher. Tympan ulcéré en arrière et plein d'une concrétion épaisse, jaunâtre, analogue à du fromage, composée d'épithélium, de matière granuleuse, de globules graisseux, de cristaux de cholestérine. Trompe d'Eustachi saine. Membrane du tympan en partie détruite, ainsi que les osselets. Membrane du conduit auditif externe très épaissie. Pas de tubercules dans les viscères thoraciques et abdominaux (2).

CCCXVIe Obs. — Garçon, quatorze ans, violents accès de céphalalgie avec vive douleur dans l'oreille droite, qui fournissait du pus. Affaiblissement, augmentation de l'écoulement, qui devient sanguinolent et fétide; insensibilité, pupilles très dilatées, pouls très lent, 50; la veille de sa mort, ce malade avait fait un mille à pied. — Trois onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Petit abcès dans le lobe moyen droit, qui communique par une ouverture cariée du rocher avec le conduit auditif externe. Dure-mère décollée et paraissant gangrenée. L'abcès contenait un pus fétide (3).

(1) Toynbee, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1854, t. V, p. 9.

(2) William Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 287.

(3) Parkinson, *London medical Repository*, de Burrows et Thomson, t. VII, n° XXXIX, mars 1817. (*Bibliothèque médicale*, t. LX, p. 262.)

CCCXVII° Obs. — Jeune garçon, sujet à la migraine, apprenant difficilement, mais retenant ce qu'il avait appris, doué d'un jugement sain; depuis son bas âge, sourd de l'oreille gauche, qui fournissait un écoulement non interrompu. A quatorze ans, on aperçut une excroissance dans le conduit auditif; la suppuration ayant cessé, des douleurs vives se prononcèrent; puis il y eut perte de connaissance, assoupissement, dilatation et ensuite resserrement des pupilles; pouls de 30 à 40 pulsations, constipation, coma. Mort. — Vaisseaux des méninges gorgés de sang. Arachnoïde sèche. Deux onces de sérosité dans les ventricules du cerveau. L'hémisphère contient un kyste de 3 pouces de diamètre, de consistance pulpeuse, épais et vasculaire, rempli de matière purulente, épaisse et de couleur foncée. L'extrémité inférieure du kyste repose sur le rocher, et une très petite ouverture, traversant le kyste, la dure-mère et l'os, établit une communication entre le premier et les cavités auditives. La substance cérébrale environnant le kyste était jaune et molle (1).

CCCXVIII° Obs. — Jeune homme, quinze ans, énorme abcès au-dessus et derrière l'oreille droite; pus sortant par le conduit auditif. Ni coma, ni paralysie, ni perte de l'intelligence. Mort. — Abcès dans le lobe moyen droit du cerveau, gros comme un œuf de poule, se vidant par le conduit auditif en traversant le rocher (2).

CCCXIX° Obs. — Fille, seize ans, vive et intelligente, sujette à des maux de tête qui augmentaient jusqu'à ce qu'elle eût vomi; alors ils s'apaisaient. Il y a un an, s'étant exposée au froid et dormant dans un lieu humide, la céphalalgie augmenta, occupant surtout le côté droit de la tête, et revenant tous les quinze jours. Il y a trois mois, légère surdité, bruit dans les oreilles et sensations de figures diverses se mouvant devant les yeux; en même temps, air stupide, engourdi; on croit reconnaître un polype dans l'oreille, mais la tumeur s'ouvre, et il sort une grande quantité de matière purulente et de sang. Soulagement immédiat. L'écoulement continue pendant deux mois, puis s'arrête; la douleur revient alors avec une grande violence; ensuite l'écoulement reparaît, la douleur diminue; néanmoins, le moral reste affaissé; parole rare, insouciance, stupidité; la malade semble comprendre ce qu'on lui dit, mais avoir oublié les mots nécessaires pour répondre, et les prononce, comme en chuchotant, l'un pour l'autre, toutefois d'une manière distincte et sans difficulté. Elle rapporte la douleur surtout à la tempe et au sourcil gauches; elle ne demandait jamais d'ali-

(1) Brodie, *Journal général*, 1814, t. XLIX, p. 453.

(2) R. Thomson, *Provincial Med. and Surg. Journal*, 1849. (*Union méd.*, t. III, p. 315.)

ments et était demeurée plusieurs jours sans manger; elle n'avait jamais eu ni convulsions, ni paralysie, soit du mouvement soit du sentiment. A la fin, agitation extrême, dans laquelle la bouche s'ouvre largement et la langue se projette en avant; convulsions et mort. — Dure-mère de la convexité saine. Arachnoïde un peu vasculaire. Un abcès considérable se trouve dans le lobe moyen; il est enkysté et contient une matière verdâtre fétide. Il a un pouce trois quarts de diamètre. La substance cérébrale environnante est ramollie. La dure-mère présente une tache sur le rocher; mais elle est polie et adhérente. Toutefois, en cet endroit, qui correspond au tympan, il y a deux petites perforations, par lesquelles la sonde pénètre dans les cavités de l'oreille (1).

CCCXXe Obs. — Homme, dix-huit ans, coup sur la tête l'année précédente. 8 août, otite droite avec écoulement purulent et sans fièvre; l'écoulement cesse, une douleur lancinante se fait sentir au sommet de la tête; pouls dur, 100; épistaxis, langue chargée. 17, tumeur dure sur le pariétal droit. 18, délire, langue tremblante, frisson, peau chaude, pouls 110; la tumeur est incisée; elle ne donne que très peu de pus. 21, convulsions, puis paralysie du bras gauche et rétraction de l'angle droit des lèvres; délire tranquille. 22, péricrâne détaché, tréphine appliquée sur la suture sagitale, dure-mère couverte de pus fétide, diploë noirâtre. 25, fièvre intense. 27, agitation, délire, douleur aiguë s'étendant de l'occiput au sacrum, et empêchant le malade de se redresser. 31, traits tirés, face livide, lèvres pourpres, yeux demi-fermés, pouls imperceptible, mussitation, délire, soubresauts des tendons, vomissements. Mort le 3 septembre.— Péricrâne détaché sur le pariétal droit. Beaucoup de pus entre les os et la dure-mère sur l'hémisphère droit. Le pus peut être suivi vers le rocher droit, et paraît être venu d'une petite ouverture circulaire de la dure-mère, de deux lignes de diamètre, placée sur le lobe postérieur droit du cerveau. Une incision faite sur ce lobe découvre une cavité ulcéreuse d'un pouce et demi de diamètre, avec des parois indurées, pleine de pus et communiquant avec l'ouverture de la dure-mère. La forme de cette cavité est coniqûe, et prouve que la lésion a commencé dans le cerveau. Une autre ulcération postérieure à celle-ci et affectant seulement la substance corticale, n'avait pas altéré les membranes. Ces ulcérations étaient situées en arrière de la perforation faite par la tréphine. Du pus se trouve entre l'hémisphère droit et la faux. Beaucoup de sérosité dans les ventricules, qui communiquent librement entre eux. Pus sur le côté droit de la tente du cervelet; et la dure-mère qui tapisse la face interne du

(1) Hutton, *Dublin quarterly Journal of med. Sciences*, 1854, may, p. 441.

temporal droit est détachée, épaisse et altérée. Cervelet sain, mais entouré de pus épais, surtout à sa face inférieure. Adhérences fermes de la dure-mère au grand trou occipital; mais le pus a fusé entre cette membrane et la moelle allongée, à laquelle adhère de la lymphe plastique, comme cela se voit dans les autres endroits désignés où le pus est en contact avec les membranes. Cette lymphe forme une couche épaisse, assez adhérente pour n'être pas enlevée par une simple ablution, mais pouvant être aisément détachée avec les doigts. Il y a du pus dans la région lombaire, autour de la moelle. Pas de traces de fracture du crâne; mais le diploë du pariétal droit est noir, épais, comme s'il y avait une carie commençante ([1]).

CCCXXIe Obs. — Homme, dix-huit ans, légère céphalalgie, malaise; plus tard, douleurs vives de la tête, stupeur, surdité, réponses tardives, angle gauche de la bouche un peu plus haut que le droit, pupilles dilatées, la gauche plus que la droite; léger ptosis gauche, motilité conservée aux divers membres, sensibilité très obtuse des deux côtés, pouls 64-72; pas de délire, peu d'assoupissement, douleurs de tête, la main se porte souvent au front; le sujet ne répond aux questions qu'à demi; yeux toujours ouverts, nuit et jour, le droit entièrement, le gauche à demi; il ne les fermait pas quand on passait la main devant et à peine quand on touchait les paupières; la main gauche se meut plus aisément que la droite; évacuations involontaires. — Ventricules et septum repoussés du côté droit. Dans la couche optique gauche, une tumeur du volume d'une orange, formée à sa surface par une membrane dense, parsemée de vaisseaux, contient 5 ou 6 onces de pus bien formé. En enlevant le cerveau, on reconnaît des adhérences entre la partie inférieure du lobe moyen, la dure-mère et le rocher, et une communication entre l'abcès et une carie profonde de cette partie du temporal. Un bubon de l'aine gauche, une dépression de la couronne du gland et la destruction du frein permettent de rattacher à une influence syphilitique la cause première de la carie ([2]).

CCCXXIIe Obs. — Fille, dix-huit à vingt ans, écoulement de pus par l'oreille droite, céphalalgie très intense, vomissements, déjections fétides, fièvre dite *putride*. Mort. — Kyste oblong du volume d'un gros œuf de poule, occupant la partie inférieure du lobe moyen droit du cerveau et une partie du postérieur, s'appuyant sur la tente du cervelet et sur le rocher, enveloppé d'une lame du cerveau molle, mince et de couleur jaune orangé. Le kyste n'avait aucune

([1]) Alexander Denmark, *Medico-chirurg. Transactions*, 1813, t. V, p. 24.

([2]) Buchanan, *Transactions of the Pathological Society*, 1856, t. VIII, p. 8.

ouverture; il contenait un liquide purulent d'un jaune foncé; il était formé de deux membranes, l'une lisse, polie et mince; l'autre épaisse, inégale, spongieuse, de couleur noirâtre, comme du sang caillé. Carie de la face supérieure du rocher. Cellules mastoïdiennes pleines de pus, ainsi que le tympan. Conduit auditif interne et nerf de la septième paire intacts (1).

CCCXXIIIe Obs. — Femme, vingt ans, polype du conduit auditif droit, écoulement par l'oreille, douleur de tête violente, perte de connaissance, résolution des membres. Mort rapide. — Le polype né dans la caisse du tympan a perforé la membrane et fait saillie dans le conduit auditif. Os enflammé, en suppuration, non détruit. Pas de pus entre le rocher et la dure-mère, qui est altérée et non perforée. Vis à vis, adhérence de la pie-mère à la substance cérébrale, qui renferme un abcès du volume d'un œuf de poule. Ventricules latéraux pleins de pus (2).

CCCXXIVe Obs. — Vannier, vingt ans; à cinq ans, ophthalmie scrofuleuse; à huit ans, otite gauche; plus tard, à droite, surdité, écoulement de pus et de sang par l'oreille gauche. Douleurs vives à la tête, à l'oreille; affaiblissement de l'intelligence, réponses inexactes, tête inclinée à droite, paupières demi-ouvertes, membres sensibles et contractiles, affaissement; pouls plein, fréquent; langue rouge, strabisme, soubresauts des tendons. — Muqueuse du conduit auditif gauche épaissie, injectée, ecchymosée, se détachant du tissu osseux. Membrane du tympan détruite. Osselets absents. Membrane de la caisse enflammée. Cellules mastoïdiennes rouges. La dure-mère, à l'endroit où elle correspond à la caisse du tympan, est altérée, séparée de l'os par une fausse membrane, amincie en plusieurs endroits, perforée vis à vis. Le cerveau est ramolli et présente une perforation qui aboutit à un foyer purulent, et celui-ci communique dans le ventricule correspondant. Ces cavités contiennent un pus verdâtre infect (3).

CCCXXVe Obs. — Fille, lymphatique, faible. A treize ans, menstruation, céphalalgie légère; à dix-huit ans, règles fréquentes et peu abondantes, céphalalgie plus intense et plus profonde. A dix-neuf ans, douleurs sourdes et permanentes dans l'oreille gauche, surdité de ce côté. A vingt ans, écoulement de pus verdâtre

(1) Gontard, *Ancien Journal de Médecine*, 1755, t. IV, p. 132. — Cette observation a été rapportée, sans en indiquer la source, par M. Hubert Valleroux (*Maladies de l'oreille*, p. 300), sous le titre de *Tubercules du rocher*. Mais la description donnée ne confirme pas cette désignation.

(2) Contour, *Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 305.

(3) Benlqué, *Bulletin de la Société anatomique*, 1835, p. 90.

et fétide par le conduit auditif, rougeur et gonflement de l'oreille externe, céphalalgie très intense dans tout le côté gauche de la tête, face anxieuse et colorée, pouls fréquent et serré. Traitement antiphlogistique; suspension des symptômes pendant six mois; ils sont combattus de nouveau, mais sans succès; douleurs de tête atroces, vomissements, assoupissement, réponses brèves et brusques, bégaiement, paralysie du côté gauche de la face. Mort vers le quarantième jour après cette recrudescence. — Six onces de sérosité rosée et albumineuse dans les ventricules. Plexus choroïdes blancs et mous. Ramollissement du septum, de la commissure antérieure, des corps striés. A la base du cerveau, à gauche, foyer purulent qui se prolonge jusqu'à l'apophyse basilaire. Arachnoïde enflammée sur le lobe moyen ramolli. Dure-mère enflammée et épaissie sur le rocher. Cervelet, mésocéphale sains. Conduit auditif externe ulcéré en quelques points. Membrane du tympan détruite. Oreille moyenne pleine de pus. Osselets disparus. Cellules mastoïdiennes cariées, baignées de pus. Oreille interne remplie de matière purulente. Nerf labyrinthique détruit. Nerf facial conservé et sans altération (1).

CCCXXVI^e Obs. — Homme, vingt ans, robuste; depuis un mois, céphalalgie pariétale droite, bruissements d'oreilles, face colorée, paupières droites contractées et agitées de mouvements spasmodiques, écoulement purulent par l'oreille droite; fièvre, soif, constipation, intelligence un peu obtuse, douleur en parlant. Mort. — Lobe moyen droit ulceré et couvert de pus à son contact avec le rocher. Au-dessus, foyer apoplectique avec ramollissement et injection des parties environnantes. Dure-mère du rocher altérée, jaunâtre à sa surface interne, noirâtre et ramollie à l'externe. Tout le sinus latéral droit est atteint de phlébite. Poumons tuberculeux (2).

CCCXXVII^e Obs. — Femme, vingt ans; depuis trois ans, céphalée, avec écoulement fréquent de pus par l'oreille droite; mieux depuis quelques mois. Le 2 février, attaque violente de céphalalgie, pouls 90, plein; douleur dirigée vers la tempe et l'œil droits, iris contractée et immobile, léger délire, coma, pouls 140. Mort. — Quelques marques d'inflammation à la dure-mère et à la pie-mère. Vaisseaux très engorgés. Ventricule droit plein d'un pus noir et fétide. Au voisinage, cerveau désorganisé et ramolli dans l'hémisphère droit, et un peu dans le gauche. A la partie inférieure du lobe moyen droit, ulcère de trois lignes de diamètre, communiquant par

(1) Le Prestre (service de Dominel), *Archives*, 1828, t. XVIII, p. 15.
(2) Lemaistre, *Bulletin de la Société anatomique*, 1848, p. 18.

un trajet fistuleux avec le ventricule droit. Une partie du rocher cariée. Limaçon perforé. Membrane du tympan altérée ([1]).

CCCXXVIII[e] Obs. — Cordonnier, vingt-un ans; à l'âge de sept ans, écoulement purulent par l'oreille droite, qui se reproduit de temps à autre; du reste, bonne santé. Il y a cinq semaines, douleur lancinante dans cette oreille; la mâchoire se resserre et on croit à une affection rhumatismale. Après une exposition subite au froid, la douleur s'étend le long de l'épine, le cou se roidit et se courbe en arrière; il y a du délire. Mort le septième jour. — Rocher plein de pus. Lobe antérieur droit du cerveau contenant un abcès. Toute la base du cerveau est recouverte de pus. Les nerfs de cette région en sont enveloppés. Moelle ramollie jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale; ses membranes sont distendues par beaucoup de matière purulente ([2]).

CCCXXIX[e] Obs. — Garçon boucher, vingt-un ans, blond, vigoureux; depuis trois ans, céphalalgie, écoulement purulent par l'oreille droite. Récemment, pus excrété par la bouche. Point de paralysie, ni de contracture, ni de convulsions; sensibilité normale, intelligence très nette. Seulement, étourdissements légers et saillie de la base du pavillon de l'oreille, comme si l'apophyse mastoïde était tuméfiée; hébétude de la face, regard terne, membrane du tympan perforée; l'air de la cavité gutturale fait irruption quand le malade se mouche et ferme la bouche; fièvre, grand appétit (deux portions.) Mort subite. — Conduit auditif externe plein de pus et perforé à l'union des portions osseuse et fibro-cartilagineuse. Vaisseaux veineux méningés et cérébraux très développés. Rocher carié et perforé. Dure-mère épaissie en cet endroit, de couleur gris de fer, mais entière. Énorme abcès occupant presque tout le lobe moyen droit du cerveau et une partie du postérieur. Le ventricule latéral a été envahi par la matière purulente. Corps strié et couche optique droits en partie détruits. 200 à 300 grammes de pus sont contenus dans ce grand abcès; il en provient de quelques abcès voisins plus petits, tapissés par une fausse membrane. Cavités du rocher altérées, noirâtres, pleines de pus. Nerf facial intact. Poumons et autres viscères sains ([3]).

CCCXXX[e] Obs. — Femme, vingt-deux ans, scarlatine il y a quelques années. Depuis douze jours, fièvre, urines albumineuses, leucorrhée, douleur aiguë dans l'oreille droite, d'où écoulement.

([1]) Hull. *On blood*, p. 87. (Copeman, p. 168.)

([2]) Syme. *Edinburg Med. and Surg. Journal*, 1821, t. XVII, p. 332.

([3]) Richet, Obs. présentée à la Société de Chirurgie, le 13 novembre 1861, — et Thèse de Champsaur, 1862, n° 108, p. 29.

Tout à coup, violente attaque de convulsion, qui laisse la face tirée à droite et l'œil droit atteint de strabisme convergent. Retour de la connaissance, possibilité de lire, grands maux de tête, malaise et gêne dans la poitrine. Mort vers le vingt-cinquième jour. — Pus dans la plèvre droite. Deux ou trois collections purulentes dans le poumon, avec hépatisation. Rate volumineuse et molle. Beaucoup de pus sous le péricrâne, dans la région temporale droite, et, en divisant les os, on trouve du pus dans les veines du diploë. Pus entre le crâne et la surface externe de la dure-mère, à la partie postérieure de la fosse moyenne droite du crâne. En cet endroit, la dure-mère elle-même est épaissie, blanchâtre et comme ulcerée, et se détache facilement de l'os. Cette altération correspond à une carie du rocher. Les sinus latéral, pétreux et caverneux du même côté sont saillants et durs, et, en les ouvrant, on les trouve entièrement occupés par des caillots fermes, pas très noirs, offrant la disposition laminée d'un sac anévrysmal. Un de ces caillots est converti en un fluide verdâtre, dans lequel se trouve un autre caillot rouge brillant. Une veine, pleine de caillots noirs, cotoie l'apophyse mastoïde et pénètre à travers l'os dans le sinus. Une certaine quantité de matière fibrineuse et purulente existe dans l'arachnoïde de la fosse moyenne droite de la base du crâne, et une portion voisine du lobe cérébral moyen est très vasculaire et légèrement ramollie, et à la section montre un abcès de la grosseur d'une noix. Les autres parties du cerveau et le cervelet sont sains ([1]).

CCCXXXI[e] Obs. — Laboureur irlandais, établi près de New-York, vingt-deux ans, robuste, sobre. En janvier, refroidissement, suivi de douleur dans l'oreille droite. Bientôt après, écoulement qui devient purulent et fétide, bruits incommodes dans l'oreille, surdité. En août, douleur derrière l'oreille et au front, assoupissement, parole lente, hésitante, peu intelligible; bâillements fréquents, interrompant les réponses; aucune lésion de la vue, du mouvement ou de la sensibilité; pupilles normales, pouls 75. Le 15, frisson, céphalalgie frontale violente. 20, suppression de l'écoulement de l'oreille, vomissement. 22, délire, assoupissement, sueur copieuse, pupilles dilatées, pouls 100, respiration 20. Mort le 23. — Vaisseaux du crâne et des méninges congestionnés. Dès les premières incisions pratiquées sur le cerveau, on sent une odeur très fétide. Juste au-dessus des ventricules, la substance cérébrale est très ramollie. Ces cavités sont pleines d'une sérosité purulente trouble et verdâtre; leurs parois sont teintes en vert brun. La paroi inférieure du ventricule droit montre une masse noirâtre de trois pouces sur deux, ressem-

([1]) John W. Ogle, *Transact. of the Pathological Society of London*, 1859, t. X, p. 28.

blant, pour l'aspect et l'odeur, à un fragment de poumon gangréné; cette altération ne s'étend pas jusqu'à la face inférieure du cerveau. Pus sur la face inférieure du cervelet. Dure-mère noirâtre sur le rocher droit, lequel n'est altéré ni à sa surface, ni dans son épaisseur. Sinus latéral plein de pus. Pus dans le méat auditif. Veine jugulaire remplie de sang fluide. Poumons sains, ainsi que les autres organes [1].

CCCXXXII° Obs. — Homme, vingt-deux ans, odontalgie, extraction d'une dent, symptômes inflammatoires. Douzième jour, écoulement purulent par l'oreille droite. Mort un mois après. — Dure-mère adhérente à l'arachnoïde par des points blancs, ressemblant à des grains de millet, vers le sinus longitudinal. Surface du cerveau parsemée de points de suppuration. Plexus choroïdes remplis de vésicules purulentes. Surface du cervelet couverte de pus. Septième paire de nerfs en suppuration et détruite. Labyrinthe et caisse remplis de pus. Membranes de la fenêtre ronde et du tympan perforées [2].

CCCXXXIII° Obs. — Jeune homme, ancienne fistule de l'apophyse mastoïde droite; les liquides injectés reviennent par l'oreille; fièvre, délire, assoupissement. Mort. — Vaisseaux cérébraux engorgés. Sérosité verdâtre dans les ventricules latéraux et pus dans le droit. Pus épanché entre la dure-mère et le rocher. Cavité du tympan pleine de pus. Carie ayant détruit le rocher jusqu'à sa face postérieure, où la dure-mère était corrodée. Morgagni ne put suivre le trajet depuis le ventricule jusqu'au rocher, à cause de la putréfaction et de l'odeur infecte [3].

CCCXXXIV° Obs. — Femme, vingt-trois ans; à la suite d'une variole contractée à sept ou huit ans, écoulement purulent persistant par l'oreille gauche avec céphalée. En novembre, à la fin d'une grossesse, douleurs violentes au sommet de la tête, diminution de l'écoulement de l'oreille, constipation, tremblement spasmodique des bras. L'accouchement n'apporta aucune amélioration, et la malade mourut le 19 décembre. — Méninges enflammées. Abcès dans l'hémisphère gauche, enveloppé d'une membrane qui s'était rompue avant la mort. Rocher encore recouvert par la dure-mère, mais carié, livide et facilement traversé par un stylet [4].

CCCXXXV° Obs. — Ébéniste, vingt-trois ans, lymphatique; cica-

[1] Cock, *American Journal of med. Sciences*, 1852, t. II, p. 374.
[2] Martin, *Ancien Journal de Médecine*, 1766, t. XXV, p. 247.
[3] Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XIV, n° 5.
[4] Ch. Spon, dans Bonet, *Sepulchretum*, lib. I, sect. Ia, obs. LXXIII, t. I, p. 34.

trices d'abcès scrofuleux aux régions parotidienne et cervicale gauches. En décembre, douleurs vives et bourdonnements dans l'oreille gauche et du même côté de la tête; insomnie, inappétence. Au bout de quinze jours, écoulement de pus et de sérosité sanguinolente. Soulagement; mais, quelques jours après, recrudescence; douleurs frontales, pus concrété dans la conque, dont les follicules sont très développés. En janvier, céphalalgie plus intense, main portée au front, hébétude, réponses insignifiantes, oubli de beaucoup de mots, parole mal articulée, sorte de bégaiement, face congestionnée, fièvre, assoupissement, pouls lent, suintement par l'oreille gauche, traits légèrement déviés du même côté; tout le côté droit plus faible et moins sensible. Mort le 11 janvier. — Pus blanc sur la surface externe de la dure-mère, en avant et à gauche, provenant du sinus frontal, dont la muqueuse est rouge, injectée, très épaisse, mollasse et peu adhérente aux parois. Sinus frontal droit sain. Traînées purulentes le long des gros vaisseaux cérébraux. A la partie externe de la face inférieure du lobe postérieur gauche, coloration grise, cendrée, bleuâtre, et perforation conduisant dans un vaste foyer, pouvant contenir une orange et renfermant un liquide sanieux, grisâtre, granuleux, d'une odeur très fétide. Les grumeaux paraissent formés de substance cérébrale mortifiée. La cavité est irrégulière, anfractueuse; elle correspond à la jonction des portions écailleuse et pierreuse; ses parois sont tachetées de matière verte. En dehors de cette couche, le tissu cérébral est altéré, gris bleuâtre et ramolli dans une épaisseur de 2 à 5 millimètres. Une large communication existe entre l'abcès et le ventricule gauche. Toutefois, l'observateur croit que l'ouverture a été faite pendant l'autopsie. Le cerveau a été enlevé entier, procédé très sujet à inconvénient. Épaississement des méninges au voisinage de l'abcès. Perforation large et irrégulière du rocher vis à vis l'ouverture de celui-ci. Ainsi, communication de l'abcès cérébral avec l'intérieur du rocher. Trois autres perforations plus petites sont obturées par une matière concrète d'un blanc nacré. Cette matière, de nature tuberculeuse, remplit le rocher. Le conduit auditif externe contient du pus et un peu de sérosité (1).

CCCXXXVIe Obs. — Homme, vingt-cinq ans, céphalalgie frontale, anxiété, insomnie, pupilles naturelles, respiration 28, pouls 76, langue sèche et brune au centre. Pas de chaleur à la tête, ni d'injection des conjonctives; mobilité normale de tous les membres. Quatrième jour, délire passager, nausées. Le sixième jour, mort

(1) Guéniot, dans Champsaur, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1869, nº 108, p. 22.

subite. — A la face supérieure du rocher droit, la dure-mère est comme corrodée sur une large carie, mettant à découvert la voûte du tympan. Dans la partie adjacente du lobe moyen se trouve un abcès contenant 2 onces de pus fétide. Il s'étend jusqu'à la corne inférieure du ventricule latéral. La substance cérébrale voisine est jaunâtre, ecchymosée, ramollie (¹).

CCCXXXVII[e] Obs. — Homme, vingt-cinq ans. A quinze ans, surdité de l'oreille gauche. Blennorrhagie récente promptement supprimée; écoulement par l'oreille déjà malade; secousses convulsives générales, céphalalgie, fièvre; bientôt, délire violent, douleur et sifflements d'oreille, gêne de la prononciation, dyspnée, insomnie, gonflement du côté gauche du cou, déviation de la bouche, coma. Mort le dixième jour. — Le rocher gauche paraît sain; mais, dans la fosse moyenne du crâne, la dure-mère est séparée de l'os par une couche de pus brunâtre, et même elle est perforée. Sinus latéral gauche dur et tendu, rempli de concrétions fibrineuses et de pus; sa membrane interne épaissie, comme spongieuse, est gonflée par un liquide puriforme. Cette altération s'étend jusqu'au golfe de la veine jugulaire. L'inflammation devient extérieure à l'origine de la veine, et enveloppe, dans un foyer purulent, les nerfs du voisinage, pneumo-gastrique, hypoglosse, etc. Vaste abcès dans le lobe cérébral moyen gauche, avec perforation de l'arachnoïde, de la pie-mère et de la couche corticale (²).

CCCXXXVIII[e] Obs. — Femme, vingt-sept ans; céphalalgie intense depuis quinze jours. Douleur vive de l'oreille droite, apyrexie, mauvais goût à la bouche, intelligence nette, motilité, sensibilité normales. Tout à coup, agitation excessive, et, de suite après, mort. On n'avait employé qu'un sédatif local, la solution d'un gramme de cyanure de potassium dans 100 grammes d'eau. — A la partie inférieure du lobe sphénoïdal droit, dans le diamètre égal à celui d'un gros œuf de poule, la substance cérébrale est d'une couleur vert grisâtre et contient du pus jusque vers le corps strié et la couche optique. La substance cérébrale est réduite en un putrilage présentant des stries verdâtres et exhalant une odeur gangréneuse. Dans la fosse sphénoïdale, la dure-mère est épaissie, décollée, perforée en deux points et baignée de pus. Le rocher semble intact; mais les osselets de l'ouïe sont détruits ou altérés, la membrane du tympan absente, la caisse pleine de pus, qui s'écoule par le conduit auditif et par la trompe d'Eustachi. En outre, il en a pénétré dans l'étroite

(¹) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3[e] série, t. III, p. 267.
(²) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, t. II, p. 191.

scissure, qui reçoit le muscle interne du marteau, et c'est par là qu'il a pénétré dans le crâne ([1]).

CCCXXXIX^e Obs. — Boule de papier enfoncée dans l'oreille; bonne santé pendant quelques mois; puis, fièvre maligne, avec douleur de tête. Mort le dix-septième jour. — Le cerveau, sur la face supérieure du rocher gauche, adhère à la dure-mère, abcès dont le pus s'écoulait dans la caisse du tympan, par une ouverture de l'os ([2]).

CCCXL^e Obs. — Homme, adulte. Avril, fièvre grave continue, guérison; mais tristesse, obscurcissement de la vue, qui diminue par un écoulement purulent de l'oreille et augmente quand celui-ci cesse; tumeur derrière l'oreille gauche, diminuant aussi quand l'écoulement est plus abondant. Enfin, en novembre, attaque d'apoplexie; retour de la connaissance le quatrième jour; parole gênée, déglutition difficile, côté gauche paralysé, côté droit agité de convulsions. Mort le onzième jour. — Sinus de la dure-mère pleins de sang. Dans la substance de l'hémisphère cérébral gauche, entre la couche optique et le rocher, environ 5 onces de pus. Dure-mère adhérente au rocher, qui est carié à sa surface. Le pus avait traversé la caisse du tympan ([3]).

CCCXLI^e Obs. — Femme, vingt-six ans, détenue; en 1831, fièvre grave, et à la suite, en février, douleur du côté gauche de la tête, écoulement purulent et sanieux par l'oreille et paralysie faciale du même côté; langue non paralysée, nausées, rougeurs passagères de la face, pas de fièvre, appétit assez vif. Juillet, symptômes de gastrite, œil gauche proéminent, dirigé en bas, injecté et avec exsudation purulente, cécité de cet œil, fièvre, soif. Octobre, symptômes de phthisie pulmonaire, qui font des progrès successifs. Quelques jours avant la mort, arrivée en avril suivant, il y avait eu des hémorrhagies par le conduit auditif externe. — Glandes de Pacchioni très prononcées. Quelques adhérences de l'arachnoïde épaissie et blanchâtre le long du sinus longitudinal supérieur. A la partie inférieure du lobe moyen gauche du cerveau, teinte bleuâtre, ramollissement et érosion. Ulcération de la dure-mère en ce point, qui correspond à une carie du rocher. Presque toute cette portion du temporal est intérieurement détruite, jusqu'au conduit auditif externe et jusqu'à l'apophyse mastoïde. Le cervelet est ramolli dans le voisinage. Altérations tuberculeuses graves des poumons, du péritoine, etc. ([4]).

([1]) Blondeau, *Bulletin de la Société anatomique*, 1858, p. 271.

([2]) Sabatier, *Médecine opératoire*, t. III, p. 10.

([3]) Laubius, *Ephem. nat. curios.* (Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. II, p. 118.)

([4]) Toulmouche, *Gazette médicale*, 1838, t. VI, p. 422.

CCCXLII[e] OBS. — Homme, trente ans, tempérament nerveux, sobre; vomissements pendant quelques jours, puis délire, loquacité; pouls 140 et faible. Ni paralysie, ni convulsions, ni tremblement de la langue. Surdité et écoulement par l'oreille droite existant depuis vingt ans, ayant succédé à la scarlatine. Bientôt, perte de la parole, tout en recouvrant un peu l'intelligence; respiration lente, stertoreuse; face livide. Mort. — Dure-mère détachée; on suppose que de l'air a pénétré par la partie supérieure du rocher. Là se trouve une ulcération s'ouvrant dans cette membrane, et une ouverture correspondant à la surface du cerveau, conduisant dans une cavité ou plutôt un canal qui aboutissait au ventricule latéral, et contenait une sanie brune-verdâtre. Les côtés de ce canal étaient désorganisés, d'une couleur grise-noire et d'une odeur infecte. Les tissus voisins étaient ramollis et parsemés de points rouges et de taches plus ou moins étendues. La dure-mère, près du rocher, épaissie, raboteuse, est couverte de pus. Le rocher, rugueux à sa surface, est ramolli, désorganisé et rempli de pus (1).

CCCXLIII[e] OBS. — Femme, trente-trois ans, éprouve de la douleur dans la région temporale gauche, avec surdité et écoulement par l'oreille du même côté, et trouble de l'intelligence. Pas de paralysie. Le cinquième jour, convulsion subite et mort. — Congestion des vaisseaux de l'hémisphère gauche, dont le lobe moyen était occupé par un abcès qui paraissait ancien, et contenait à peu près une once et demie de pus brun-grisâtre. La dure-mère était fortement attachée au temporal, et une partie de cette membrane était détruite par une ulcération; la circonférence de celle-ci adhérait au rocher, qui formait la limite extérieure de l'abcès. L'os, en cette partie, était décoloré et perforé par plusieurs petits trous, qui permettaient au pus de passer dans le méat auditif externe. La cavité du tympan en contenait (2).

CCCXLIV[e] OBS. — Homme, trente-six ans; depuis l'enfance, écoulement purulent par l'oreille droite; longtemps, surdité de cette oreille; depuis deux jours, douleur violente dans cette partie. Un peu de matière purulente se voyait dans le conduit auditif. 8 septembre, céphalalgie intense, nausées, aigreurs de l'estomac. Le 13, soulagement, sommeil, appétit; mais, le soir, le malade est dans la stupeur; il est appesanti, et il parle beaucoup en dormant. Délire le matin, pouls 80, peau naturelle, pas de soif. Le soir, pouls 96, plein, fort; chaleur; sang de la saignée couenneux. 15, sommeil

(1) Theophilus Thompson, *Trans. of the Pathol. Society of London*, 1856, t. VII, p. 17.

(2) Henry Obre, *Transact. of the Patholog. Society of London*, 1856, t. VIII, p. 12. (M. Obre pense que le point de départ était l'abcès du cerveau et non le rocher.)

apoplectique, évacuations involontaires, mouvements spasmodiques, soubresauts des tendons. Pupilles insensibles, déglutition difficile; insensibilité. Mort le 20. — Lobes moyen et postérieur droits du cerveau fortement adhérents à la dure-mère, qui recouvre le rocher, et à la tente du cervelet. Dans cette partie du cerveau se trouve un abcès contenant deux onces de pus verdâtre, fétide; la substance cérébrale était détruite jusqu'à la hauteur de la corne inférieure du ventricule. Le corps strié gauche et les couches optiques étaient enflammés à leur surface et recouverts de pus. Septum, voûte et paroi du troisième ventricule mous et verdâtres. Une ou deux cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules. Cerveau, cervelet, moelle sains; dans les autres points, la dure-mère, recouvrant l'os pétreux, était noirâtre et adhérait au cerveau; le rocher était lui-même noir, mais non carié. Conduit auditif plein de pus brunâtre; membrane du tympan et osselets détruits ([1]).

CCCXLV° Obs. — Maçon, quarante-un ans, blessé, il y a huit ans, à l'angle droit de la mâchoire inférieure; migraine, qui, depuis trois ans, devient plus forte et plus fréquente; elle occupe le front et l'occiput. Délire; ouïe dure à droite, paralysie du côté droit de la face; œil droit à moitié ouvert, dirigé en dehors, d'où strabisme; conjonctive rouge et œdémateuse, face rouge, intelligence affaiblie, appétit; pouls fort, déglutition difficile, cris pendant la nuit; tête rejetée en arrière; enfin, attaque apoplectique, parole gênée, marche vacillante. Dix jours après, nouvelles attaques, roideur générale, et mort au bout de dix autres jours. — Dure-mère très adhérente et injectée au côté droit; arachnoïde de l'hémisphère droit enflammée et adhérente sur le lobe postérieur. Ce lobe contient un abcès volumineux. Sérosité purulente sur la base du cerveau, les pédoncules, le mésocéphale, le bulbe. Sérosité dans les ventricules. Dure-mère, sur le rocher droit, très épaissie, presque cartilagineuse, et rouge; lymphe coagulée dans la caisse du tympan; toutes les parties de l'oreille interne droite sont rouges. Nerfs de la troisième paire enflammés; nerfs des quatrième, cinquième, sixième, septième paires sains ([2]).

CCCXLVI° Obs. — Homme, soixante ans, mémoire affaiblie, surdité, démence. — A la base du cerveau, kyste plein de pus adhérant au rocher, qui est carié, et laisse le pus passer dans l'oreille; la

([1]) Fait communiqué à Duncan, *Medical Commentaries*, 1776, t. II, p. 180.

([2]) Schroeder van der Kolk, dans Willemier, *De otorrhœa, trajecti ad rhenum*, 1836, p. 59. (*Gazette médicale*, t. VI, p. 323.)

caisse du tympan en est pleine; les osselets sont détruits, mais la membrane du tympan est intacte (1).

CCCXLVII° Obs. — Homme, soixante ans, anciennes hémorrhoïdes; légère angine; douleur atroce dans l'oreille droite sans surdité; insomnie, inappétence; écoulement sanguinolent et puriforme dans le conduit auditif, qui, se supprimant, réveille vivement la douleur. Maigreur, face terreuse, œil terne, sourcils froncés, mains portées fréquemment à la tête, qui est très pesante; soupirs, nausées, bouche pâteuse, haleine fétide, langue sale, limoneuse; pouls petit, concentré, surtout à droite, puis accéléré; surdité incomplète de l'oreille droite, avec écoulement verdâtre, fétide, peu abondant, et irritation des téguments voisins. Assoupissement, œil gauche entr'ouvert; selles bilieuses abondantes, vertiges. Délire sourd; réponses lentes, difficiles; spasmes tétaniques, avec coloration rouge de la face; amélioration, puis coma, stertor, mouvements convulsifs de la face, et mort. — Sinus méningiens gorgés de sang; dure-mère épaisse, adhérente, noirâtre et percée de plusieurs ouvertures à la partie inférieure de l'hémisphère droit, dans un point correspondant à un foyer purulent creusé dans la substance cérébrale. Le pus de ce foyer est blanc et inodore; celui qui se trouve entre la dure-mère et le rocher est très fétide. Cet os est carié; ses faces antérieure et postérieure sont dénudées, mais sans altération de la septième paire. Labyrinthe plein de pus, osselets et membrane du tympan détruits (2).

CCCXLVIII° Obs. — Homme, soixante-douze ans, douleurs, élancements dans l'oreille droite depuis un an; écoulement par la même oreille depuis deux mois; symptômes cérébraux depuis un mois, et mort. — Abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon dans la scissure du lobe cérébral moyen droit; et, dans l'oreille, tumeur mollusciforme s'étendant du méat auditif externe jusqu'à un large orifice ouvert dans le crâne, ayant refoulé la membrane du tympan et les osselets, et détruit la substance osseuse du rocher (3).

§ VIII. — Oto-méningo-cérébellite.

L'oto-cérébellite se rapproche beaucoup de la sous-division précédente, non seulement par le siége périphérique

(1) Lieutaud, *Historia anatomico-medica*, t. II, p. 172, obs. 108.
(2) Itard, *Maladies de l'oreille*, 1821, t. I, p. 258.
(3) Toynbee, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1860, t. XI, p. 2.

de la maladie, mais encore par le mode de terminaison de la cérébellite, c'est à dire par la formation du pus.

CCCXLIXe Obs. — Fille, neuf ans, ancienne otorrhée, céphalalgie frontale, sensibilité des yeux, vomissements, délire, stupeur, convulsions. — Épanchement séreux dans les ventricules. Abcès dans le cervelet, dure-mère correspondante épaissie, spongieuse. Os carié. Trajet fistuleux aboutissant au conduit auditif externe, sans traverser le tympan (1).

CCCLe Obs. — Enfant atteint de variole, sourd de l'oreille droite, laquelle suintait. A douze ans, abcès derrière cette oreille, convulsions, cris plaintifs, puis délire; prostration des forces, petitesse du pouls; néanmoins, respiration libre et conservation de la parole jusqu'aux approches de la mort. — Sinus latéraux de la dure-mère et vaisseaux de la pie-mère pleins de sang. Sérosité dans les ventricules, surtout dans le gauche, avec rupture du septum et mollesse des parties centrales du cerveau. Pus dans la selle turcique et à la partie inférieure et droite du cervelet. Ce pus provenait du rocher percé vers son sommet, il s'est répandu par une corrosion de la dure-mère et de la pie-mère, à leur contact avec le côté droit du cervelet, dont la surface est en cet endroit verte et purulente, et dont la substance colore les doigts en brun. Le pus contenu dans le crâne était vert et non fétide. La tumeur, située derrière l'oreille, communique avec le conduit auditif. Un petit filet nerveux situé sous les téguments de la tumeur se montre fort distinct et peut expliquer l'excessive sensibilité de cette partie (2).

CCCLIe Obs. — Garçon, quinze ans; depuis longtemps, écoulement purulent par l'oreille gauche; surdité, céphalalgie. Tout à coup, il y a trois semaines, douleurs plus violentes dans le côté gauche de la tête; vomissements, troubles de l'intelligence. 15 septembre, cris plaintifs, réponses lentes, somnolence, face pâle, traits affaiblis, regard morne, hébété, pouls lent; paralysie incomplète de la paupière supérieure gauche. 23, cris aigus, grande agitation, affaiblissement, dypsnée, asphyxie. — Carie du rocher et abcès ayant envahi les deux tiers externes du lobe gauche du cervelet, contenant plusieurs cuillerées d'un pus phlegmoneux. Les parois de cet abcès sont molles et de teinte livide. Conduit auditif rempli de végétations rougeâtres. La carie occupe la base du rocher. Labyrinthe et nerf auditif inctacts. Pas de communication entre l'oreille

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 49.
(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XIV, nº 3.

et l'abcès intérieur; mais la dure-mère est altérée dans deux points très étroits des faces supérieure et postérieure du rocher. Sur ces points, elle a une couleur foncée qui ne pénètre jusqu'à sa face interne que dans celui qui correspond au cervelet. Ventricules latéraux distendus par une sérosité limpide. Pie-mère très injectée sous les lobes du cerveau, principalement le gauche ([1]).

CCCLII[e] Obs. — Fille, dix-sept ans, otorrhée ancienne de l'oreille droite, pas de signes d'affection du cerveau. Tout à coup, accidents cérébraux, état comateux, mort rapide. — Inflammation chronique du cervelet. Destruction d'une partie du lobe droit, et infiltration purulente de son parenchyme. Abcès dans le centre de ce lobe, communiquant avec le rocher. Il y avait deux kystes dans l'ovaire gauche ([2]).

CCCLIII[e] Obs. — Fille, dix-huit ans. 7 mars, entérite, otite gauche, céphalalgie, cris de douleur, fièvre, collapsus, coma, dilatation des pupilles, déglutition très difficile provoquant la suffocation; strabisme, mais vue bonne; intellect sain, réponses justes jusqu'à la mort arrivée le 22 mars. — Cerveau injecté. Sérosité dans les ventricules. Lobe gauche du cervelet converti en un sac organisé, récent, rempli de pus verdâtre et très fétide. Dure-mère correspondante épaisse et spongieuse. Os sain. Entéro-colite chronique ([3]).

CCCLIV[e] Obs. — Homme, entièrement sourd de l'oreille droite. Depuis seize ans, écoulement de temps à autre. Depuis deux ans, céphalalgie. En août, souffrances plus vives, paralysie faciale droite, puis assoupissement. Deux jours avant la mort, quand le coma était profond, le malade reprit ses sens et put converser sur ses affaires pendant plusieurs heures. Il retomba subitement dans le coma et mourut.— Méninges enflammées. Substance cérébrale ramollie, surtout autour des ventricules. Abcès dans le cervelet, communiquant par le trou auditif interne avec l'oreille, et par de nombreuses perforations avec les cellules mastoïdiennes remplies de matière purulente ([4]).

CCCLV[e] Obs. — Homme, vingt ans, pâle, maigre, faible, ancienne céphalalgie, douleurs fréquentes dans l'oreille, coups reçus dans une rixe, symptômes de fièvre ataxique. Mort. — Pas de traces de lésion à la surface du crâne. Cerveau injecté. Pus à sa face inférieure. Abcès enkysté (kyste bien organisé) dans la partie anté-

([1]) Bouvier, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1836, t. I, p. 112.
([2]) Martinet (clinique de Récamier), *Revue médicale*, 1824, t. III, p. 21.
([3]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 144.
([4]) Macintyre, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1847, t. I, p. 39.

rieure du lobe droit du cervelet; arachnoïde rouge sur le rocher droit, où elle adhère à la dure-mère. Oreille interne et cellules mastoïdiennes contenant du pus [1].

CCCLVI° Obs. — Femme, vingt ans, accidents vénériens primitifs; paralysie du côté droit de la face, depuis un coup reçu sur ce côté de la tête trois semaines auparavant. Écoulement fétide par l'oreille; céphalalgie s'étendant du front à l'occiput et à la nuque, augmentant par la rotation de la tête. Frisson, chaleur, sueur, pouls 56-60, petit et faible, et légèrement irrégulier; vertiges, nausées, vomissements; ni délire, ni perte de connaissance, convulsions et mort. — Dans le lobe droit du cervelet, près de la surface, se trouve un abcès dont la paroi supérieure adhère à la dure-mère dans un petit espace correspondant à l'entrée d'une veinule dans l'aqueduc du vestibule. Cet abcès est limité par un kyste vasculaire. La substance médullaire environnante est enflammée et infiltrée de sérosité. Le sinus contient du sang coagulé. Petite ecchymose à l'origine du nerf auditif sur le plancher du quatrième ventricule. Inflammation des cordons nerveux pénétrant dans le trou auditif interne. Membrane du tympan en partie détruite. Osselets cariés. Canaux demi-circulaires contenant un fluide sanguinolent. Organes thoraciques et abdominaux sains [2].

CCCLVII° Obs. — Fille, vingt-deux ans; depuis six ans, douleur à l'occiput, et, par temps, écoulement ichoreux, verdâtre, par l'oreille gauche. Légère surdité de ce côté. Menstruation régulière. Récemment, avril, vertiges, vomissements, goût amer. Du quatorzième au seizième jour, augmentation de la céphalalgie occipitale, surtout à gauche; cris, agitation. Le soir, frissons suivis de chaleur, pus verdâtre rendu par l'oreille; pas de fréquence du pouls. Vingtième jour, déplacement de la douleur, qui se porte à la nuque avec une très grande intensité. Arrière-bouche remplie de pus verdâtre et filant. Mort le vingt-unième jour. — Abcès du volume d'une noix dans le lobe gauche du cervelet, rempli d'un pus verdâtre et filant. Une espèce de canal, de la grosseur d'une plume, s'étendait jusqu'au rocher corrodé; le pus avait pu pénétrer dans l'oreille interne et se frayer une issue au dehors [3].

CCCLVIII° Obs. — Soldat, vingt-deux ans; depuis plusieurs jours, otite purulente droite; douleurs générales, céphalalgie intense, vomissements, diarrhée; puis constipation, cessation des vomissements, mais persistance de la céphalalgie. Coma, réponses justes,

[1] Chaumas, dans Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. II, p. 87.
[2] W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 280.
[3] Stoll, *Ratio medendi; pars III*a : *De sede phrenitidis*, t. III, p. 233.

et l'abcès intérieur; mais la dure-mère est altérée dans deux points très étroits des faces supérieure et postérieure du rocher. Sur ces points, elle a une couleur foncée qui ne pénètre jusqu'à sa face interne que dans celui qui correspond au cervelet. Ventricules latéraux distendus par une sérosité limpide. Pie-mère très injectée sous les lobes du cerveau, principalement le gauche ([1]).

CCCLII^e Obs. — Fille, dix-sept ans, otorrhée ancienne de l'oreille droite, pas de signes d'affection du cerveau. Tout à coup, accidents cérébraux, état comateux, mort rapide. — Inflammation chronique du cervelet. Destruction d'une partie du lobe droit, et infiltration purulente de son parenchyme. Abcès dans le centre de ce lobe, communiquant avec le rocher. Il y avait deux kystes dans l'ovaire gauche ([2]).

CCCLIII^e Obs. — Fille, dix-huit ans. 7 mars, entérite, otite gauche, céphalalgie, cris de douleur, fièvre, collapsus, coma, dilatation des pupilles, déglutition très difficile provoquant la suffocation; strabisme, mais vue bonne; intellect sain, réponses justes jusqu'à la mort arrivée le 22 mars. — Cerveau injecté. Sérosité dans les ventricules. Lobe gauche du cervelet converti en un sac organisé, récent, rempli de pus verdâtre et très fétide. Dure-mère correspondante épaisse et spongieuse. Os sain. Entéro-colite chronique ([3]).

CCCLIV^e Obs. — Homme, entièrement sourd de l'oreille droite. Depuis seize ans, écoulement de temps à autre. Depuis deux ans, céphalalgie. En août, souffrances plus vives, paralysie faciale droite, puis assoupissement. Deux jours avant la mort, quand le coma était profond, le malade reprit ses sens et put converser sur ses affaires pendant plusieurs heures. Il retomba subitement dans le coma et mourut.— Méninges enflammées. Substance cérébrale ramollie, surtout autour des ventricules. Abcès dans le cervelet, communiquant par le trou auditif interne avec l'oreille, et par de nombreuses perforations avec les cellules mastoïdiennes remplies de matière purulente ([4]).

CCCLV^e Obs. — Homme, vingt ans, pâle, maigre, faible, ancienne céphalalgie, douleurs fréquentes dans l'oreille, coups reçus dans une rixe, symptômes de fièvre ataxique. Mort. — Pas de traces de lésion à la surface du crâne. Cerveau injecté. Pus à sa face inférieure. Abcès enkysté (kyste bien organisé) dans la partie anté-

([1]) Bouvier, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1836, t. I, p. 112.
([2]) Martinet (clinique de Récamier), *Revue médicale*, 1824, t. III, p. 21.
([3]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 144.
([4]) Macintyre, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1847, t. I, p. 39.

rieure du lobe droit du cervelet; arachnoïde rouge sur le rocher droit, où elle adhère à la dure-mère. Oreille interne et cellules mastoïdiennes contenant du pus [1].

CCCLVI^e Obs. — Femme, vingt ans, accidents vénériens primitifs; paralysie du côté droit de la face, depuis un coup reçu sur ce côté de la tête trois semaines auparavant. Écoulement fétide par l'oreille; céphalalgie s'étendant du front à l'occiput et à la nuque, augmentant par la rotation de la tête. Frisson, chaleur, sueur, pouls 56-60, petit et faible, et légèrement irrégulier; vertiges, nausées, vomissements; ni délire, ni perte de connaissance, convulsions et mort. — Dans le lobe droit du cervelet, près de la surface, se trouve un abcès dont la paroi supérieure adhère à la dure-mère dans un petit espace correspondant à l'entrée d'une veinule dans l'aqueduc du vestibule. Cet abcès est limité par un kyste vasculaire. La substance médullaire environnante est enflammée et infiltrée de sérosité. Le sinus contient du sang coagulé. Petite ecchymose à l'origine du nerf auditif sur le plancher du quatrième ventricule. Inflammation des cordons nerveux pénétrant dans le trou auditif interne. Membrane du tympan en partie détruite. Osselets cariés. Canaux demi-circulaires contenant un fluide sanguinolent. Organes thoraciques et abdominaux sains [2].

CCCLVII^e Obs. — Fille, vingt-deux ans; depuis six ans, douleur à l'occiput, et, par temps, écoulement ichoreux, verdâtre, par l'oreille gauche. Légère surdité de ce côté. Menstruation régulière. Récemment, avril, vertiges, vomissements, goût amer. Du quatorzième au seizième jour, augmentation de la céphalalgie occipitale, surtout à gauche; cris, agitation. Le soir, frissons suivis de chaleur, pus verdâtre rendu par l'oreille; pas de fréquence du pouls. Vingtième jour, déplacement de la douleur, qui se porte à la nuque avec une très grande intensité. Arrière-bouche remplie de pus verdâtre et filant. Mort le vingt-unième jour. — Abcès du volume d'une noix dans le lobe gauche du cervelet, rempli d'un pus verdâtre et filant. Une espèce de canal, de la grosseur d'une plume, s'étendait jusqu'au rocher corrodé; le pus avait pu pénétrer dans l'oreille interne et se frayer une issue au dehors [3].

CCCLVIII^e Obs. — Soldat, vingt-deux ans; depuis plusieurs jours, otite purulente droite; douleurs générales, céphalalgie intense, vomissements, diarrhée; puis constipation, cessation des vomissements, mais persistance de la céphalalgie. Coma, réponses justes,

(1) Chaumas, dans Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. II, p. 87.

(2) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1857, 3e série, t. III, p. 280.

(3) Stoll, *Ratio medendi; pars III^a : De sede phrenitidis*, t. III, p. 233.

mais lentes; pouls de 30 à 50, retour des vomissements, spasmes des muscles de la face, gémissements, agitation extrême. Mort. — Méninges un peu gorgées de sang, cerveau sain, large foyer purulent dans le lobe droit du cervelet, conduit auditif du même côté plein de pus, membrane du tympan presque détruite. Foie et rate augmentés de volume. Plaques rouges dans l'estomac (1).

CCCLIXe Obs. — Soldat, vingt-trois ans, tempérament nerveux, constitution faible. 17 mai, phlegmon derrière l'oreille gauche; d'ailleurs, bonne santé. 19, lassitude générale, résolution des membres, stupeur, réponses lentes, intelligence obtuse. Pouls lent et petit, chaleur normale. Rétention d'urine, ventre ballonné. 21, pouls très lent, langue sèche, soif vive. 22, le phlegmon, ouvert, fournit un pus crémeux, abondant. Le stylet pénètre dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde; vive douleur. 23, pas d'amélioration. Décubitus latéral droit. Relâchement des membres, regard sans expression, douleur sourde dans tout le côté gauche de la tête. Peau un peu chaude, pouls petit, moins lent. Constipation, miction difficile. 25, prostration des forces, réponses difficiles, pouls très lent, évacuations involontaires. 28, stupeur profonde, face altérée, gémissements, dents fuligineuses. 29, mieux, réponses aux questions, mouvements des membres possibles, appétit, évacuation alvine volontaire. 30, agitation, cris, assoupissement profond. Mort. — Perforation au dessus et au devant de l'apophyse mastoïde, pénétrant dans le crâne. Dure-mère en ce point noirâtre; méninges saines, cerveau normal. Lobe gauche du cervelet ramolli, contenant une grande quantité de pus phlegmoneux, recouvert d'une mince couche de substance corticale. La partie postérieure et supérieure du rocher gauche est détruite par la carie dans l'étendue d'un centimètre; par cette voie, la cavité du crâne communique avec l'oreille moyenne. Membrane du tympan détruite (2).

CCCLXe Obs. — Femme, vingt-quatre ans, écoulement par l'oreille droite depuis cinq ans, douleurs vives dans cette partie depuis sept semaines; puis céphalalgie intense. Mort rapide. — Abcès, du volume d'une noix, dans le lobe droit du cervelet. Dans le méat auditif externe se trouve une tumeur ayant les caractères d'un molluscum, ou tumeur sébipare. Elle a causé l'absorption d'une partie du rocher, et produit une large ouverture à sa face postérieure. Celle-ci est couverte par la dure-mère, d'une couleur brune, séparant la cavité osseuse de l'abcès du cervelet (3).

(1) Cucuel, de Montbéliard, *Expérience*, 1843, t. XII, p. 147.
(2) Kempen, *Archives belges de Médecine militaire*, 1860, t. XXV, p. 321.
(3) Toynbee, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1861, t. XII, p. 1.

CCCLXI° Obs. — Homme, vingt-cinq ans, douleur vive dans l'oreille droite, s'étendant à tout le côté de la tête. Cet état remonte à l'âge de quatorze ans, après un refroidissement. A vingt ans, il y eut écoulement par l'oreille; cessation de la douleur et perte de l'ouïe. Il y a sept mois, retour de la douleur de l'oreille et du côté de la tête, et paralysie du côté droit de la face. L'écoulement était très fétide, et le méat rempli d'excroissances polypiformes. Mort seize jours après l'entrée à l'hôpital Saint-Mary's. — Vaisseaux de la pie-mère injectés. Cerveau normal par la couleur et la consistance. Ventricules latéraux et moyen distendus par deux onces de sérosité transparente. Lobe droit du cervelet adhérant à la partie de la dure-mère qui tapisse la face postérieure du rocher. En cet endroit, cervelet mou et formant une partie de la cavité d'un petit abcès contenant du pus verdâtre, fétide; la dure-mère y est noire et ramollie, mais non ulcérée. L'os pétreux sous-jacent est entièrement détruit à son centre, et des lames osseuses de nouvelle formation indiquent un travail de réparation déjà commencé (¹).

CCCLXII° Obs. — Femme, vingt-huit ans, lymphatique. Dans les premiers jours de janvier, hémiplégie faciale droite par l'exposition la nuit à l'air froid et humide; écoulement purulent par l'oreille du même côté depuis l'enfance; ouïe conservée, céphalalgie générale, marche assez pénible, vomissement, constipation; la déviation de la face diminue sous l'influence de l'électricité; parfois, pupille droite plus dilatée que la gauche; téguments de la tête sensibles; quelques points douloureux sur le trajet de la cinquième paire; marche vacillante, chute; pas de paralysie du mouvement, exaltation de la sensibilité, pouls 100, peau chaude, agitation la nuit, vomissements, constipation. Mort le 9 février. — Carie du rocher occupant sa partie supérieure et non sa face postérieure. Dure-mère voisine ardoisée avec perte de substance. Nerf auditif sain. Nerf facial, dans le canal de Fallope, brunâtre. Lobe postérieur du cerveau sain. A la face inférieure de l'hémisphère du cervelet, dans la cavité de l'arachnoïde, couche mince d'un pus verdâtre, qui se prolonge jusqu'à une excavation profonde du pédoncule cérébelleux moyen droit, pleine de pus et tapissée d'une couche pulpeuse noirâtre et d'une substance ferme, rougeâtre, appartenant au tissu médullaire enflammé (²).

CCCLXIII° Obs. — Homme, trente-un ans, bonne santé. En mars, douleur dans l'oreille droite, soulagée par une otorrhée purulente. En juin, la douleur revient, l'écoulement s'arrête; il survient une

(¹) Toynbee, *Transact. of the Pathol. Society of London*, t. XII, p. 13.
(²) Dupuy (service de Rayer), *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1857, p. 16.

forte céphalalgie, variable pour l'intensité et pour le siége, située tantôt au front, tantôt à l'occiput, le plus souvent à droite ou au sommet de la tête, en partant de l'oreille droite; bruit et surdité de cette oreille. 23 janvier, stupeur, confusion des idées, parole peu distincte, céphalalgie plus vive, coma, mort. — Une once et demie de sérosité dans les ventricules. Septum et voûte ramollis. Vaste abcès à la surface antérieure du cervelet, intéressant les deux lobes et renfermant un pus analogue à celui des tumeurs scrofuleuses. Portion contiguë du mésocéphale et moelle allongée ramollies. Tumeur solide de la grosseur d'une fève au sommet de la portion pétrée du temporal, très adhérente à la substance osseuse ([1]).

CCCLXIVe Obs. — Maréchal-ferrant, trente-un ans, otite double, aiguë pendant trois semaines; rétablissement. Huit jours après, céphalalgie intense, frisson, insomnie, anorexie, soif, vomissement, coliques, puis diarrhée; épistaxis, marche presque impossible, pouls lent, 76; peau chaude, surdité, pas d'écoulement par les oreilles, puis écoulement séro-purulent; trouble de la vue, intelligence intacte, stupeur, regard fixe, décubitus en supination, roideur des muscles postérieurs du cou, puis des membres supérieurs; pupilles immobiles, pas de strabisme. (Saignée, sang couenneux.) Évacuations involontaires, point d'érections, langue sèche, coma, râle, pouls précipité. Mort le vingt-quatrième jour de la maladie. — Sinus pleins de sang. Sérosité dans les ventricules (50 à 60 gr.). Teinte verdâtre sous le lobe postérieur gauche du cerveau produite par un pus épais, jaune verdâtre, filant, répandu dans la cavité de l'arachnoïde, sur et sous la tente du cervelet. Couche pseudo-membraneuse sur l'arachnoïde du lobe moyen gauche. Face supérieure du cervelet revêtue à gauche d'une fausse membrane, et d'une couche de pus. Dans ce lobe le cervelet renferme un abcès dont le pus est floconneux, jaune, un peu verdâtre, filant, fétide. Le tissu voisin est grisâtre, ramolli. L'abcès ne communique pas avec le quatrième ventricule. Le pédoncule moyen gauche est ramolli. Matière purulente dans le tympan, qui est carié. La face supérieure du rocher est grisâtre, ardoisée, ramollie. On ne retrouve pas les osselets de l'ouïe, ni la membrane du tympan. Quelques altérations, mais moindres, dans l'oreille droite ([2]).

CCCLXVe Obs. — Femme, trente-trois ans, robuste, bien réglée; ancienne otite gauche, avec surdité, et écoulement purulent; récemment, exacerbation, douleurs intolérables de l'oreille et de l'occiput, insomnie, cris; la malade marche d'un pas assuré; elle a

([1]) Beilby, *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, octobre 1834. (*Archives*, 2e série, t. VI, p. 395.)

([2]) Logerais, *Bulletin de la Société anatomique*, 1840, p. 109.

toute sa tête; ni fièvre, ni convulsions, ni paralysie, ni assoupissement; perte de connaissance, agonie. — Carie du rocher; destruction du tympan et du labyrinthe. Pus entre la dure-mère et le rocher. Inflammation des méninges. Abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon dans le lobe gauche du cervelet, très près de la surface extérieure. Infiltration purulente autour de l'abcès. Bouillie grisâtre du lobe entier (1).

CCCLXVI° Obs. — Homme, trente-sept ans, lymphatico-sanguin, ayant eu la syphilis; marié, trois enfants sont morts, un est vivant et bien portant. Excès de spiritueux. Il y a trois ans, douleurs vives et abcès derrière l'oreille gauche; pus fétide, contenant des parcelles osseuses; pas d'altération de l'ouïe. Il y a deux ans, écoulement purulent fétide par l'oreille gauche. Il y a six mois, nouvel abcès derrière la même oreille; pus fétide, et contenant des débris osseux; vertiges, étourdissements, douleur obtuse dans le côté gauche de la tête, bon appétit, constipation, amaigrissement; par temps, surdité de l'oreille gauche. Du vingt-deux janvier au treize février, jour de la mort, douleurs de tête plus vives, agitation, un peu de délire, empâtement et fluctuation obscure derrière l'oreille, insomnie, peu de paralysie, puis léger assoupissement; réponses faciles, fièvre, avec redoublement; parfois, pouls lent; agitation, cris de douleur, tête serrée entre les deux mains.— Partie supérieure de l'apophyse mastoïde gauche, dénudée, d'un blanc mat et perforée; artère méningée gauche plus développée que la droite; sinus gorgés de sang; méninges au voisinage du rocher, rouges, épaissies, granuleuses; lobe postérieur gauche du cerveau volumineux, ventricule latéral gauche distendu par beaucoup de sérosité incolore; dans le lobe gauche du cervelet, près de sa face inférieure, collection de pus fétide, très épais et non granuleux, renfermé dans une membrane rougeâtre et tomenteuse; altération considérable du rocher, détruit en arrière. Membrane du tympan perforée, caisse contenant une matière blanchâtre, amorphe; conduit auditif interne sain (2).

Résumé des observations de méningo-encéphalite, avec altération des os du crâne.

I. Ces faits sont au nombre de 92, distribués de la manière suivante :

Naso-méningo-cérébrite	5
Orbito-méningo-cérébrite	6

(1) Requin, *Pathologie médicale*, 1846, t. II, p. 85.

(2) Dublez, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, n° 80.

Fronto-méningo-cérébrite............	5
Temporo-méningo-cérébrite...........	3
Sphéno-méningo-cérébrite............	3
Occipito-méningo-cérébellite..........	2
Oto-méningo-cérébrite.................	50
Oto-méningo-cérébellite..............	18
	92

Les altérations les plus fréquentes sont celles qui partent du rocher. L'organe de l'ouïe peut devenir le siége d'affections graves qui compromettent l'intégrité de son enveloppe osseuse, et peuvent ainsi se propager vers le cerveau ou le cervelet. La plupart des remarques qui vont suivre auront de la sorte pour base principale les faits d'oto-méningo-cérébrite ou cérébellite.

II. On constate une prédominence marquée du sexe masculin. Il y a eu 61 individus mâles et 29 du sexe féminin. La différence a été fournie moins par l'oto-méningo-cérébrite que par les autres localisations.

III. Quant à leur âge, les malades se distribuent ainsi :

4 sujets avaient		de 5 à 10 ans.
25	—	de 11 à 20 —
31	—	de 21 à 30 —
12	—	de 31 à 40 —
7	—	de 41 à 50 —
3	—	de 51 à 60 —
2	—	l'un 68, l'autre 70 ans.
1 sujet avait 72 ans.		

C'est de onze à quarante ans que la méningo-encéphalite, avec altération des os, exerce le plus souvent ses ravages.

IV. Elle a affecté un certain nombre de sujets d'une assez faible constitution et des femmes mal réglées.

V. Les professions n'ont rien offert de spécial ; cependant, six observations ont été recueillies sur des militaires, deux chez des maçons, et diverses sur un marin, un laboureur, un cordonnier, un vannier, etc.

VI. Quelques *causes* morbifiques générales ont eu une action assez évidente, bien qu'indirecte, sur la production

de l'encéphalite. Ce sont la syphilis et les scrofules. La première a provoqué des altérations dans les fosses nasales, dans les parois osseuses du crâne, dans le rocher (CCLXXVII, CCLXXVIII, CCLXXXV, CCXC, CCXCVI, CCCXXI, CCCLVI, CCCLXVI). Le tempérament lymphatique, la diathèse scrofuleuse existaient chez plusieurs malades atteints d'affection chronique de l'organe de l'ouïe. Des exanthèmes ont exercé une influence fâcheuse; telle a été la variole (CCCXXXIV); tel encore l'érysipèle, dont la suppression rapide a fait naître des phlegmasies secondaires et opiniâtres (CCLXXX, CCCIV).

VII. Les écarts du régime, l'abus des alcooliques (CCLXXXVIII, CCLXXXIX, CCCLXVI); l'impression du froid (CCLXXXI, CCCIII, CCCV, CCCXIX, CCCXXXI, CCCLXI, CCCLXII), l'exposition à l'ardeur du soleil (CCLXXXVII), ont pu contribuer au développement de la maladie.

VIII. Des causes plus directes ont été notées, comme des percussions sur la tête (CCCI, CCCXLV, CCCLV, CCCLVI); une carie dentaire, ayant provoqué une inflammation propagée jusqu'à l'orbite (CCLXXXII); l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille, non seulement d'un instrument aigu et piquant (CCXCIX), mais même d'un corps en apparence inoffensif, comme une simple boule de papier (CCCXXXIX); une altération de la substance osseuse, exostose, carie, etc. Une phlegmasie aiguë ou chronique des parties les plus voisines et en rapport de continuité avec l'intérieur du crâne, a souvent précédé le développement de la cérébrite ou de la cérébellite; telles ont été une rhinite avec ulcération de la muqueuse nasale; une ophthalmie avec abcès dans l'orbite, et surtout une otite intense et prolongée.

Ce dernier genre d'affection s'est présenté sous plusieurs aspects.

C'étaient : 1° une inflammation vive, mais simple, avec douleur, fièvre, etc.; 2° une inflammation aiguë du conduit auditif, avec suppuration (CCCXIX); 3° une otite, avec abcès ouvert sur l'apophyse mastoïde et suivi de fistule (CCCIII, CCCX, CCCXI, CCCXIV, CCCXVIII, CCCXXXIII, CCCXL, CCCL, CCCLIX);

4° une otorrhée chronique, opiniâtre, tantôt plus, tantôt moins abondante, sanieuse, ichoreuse, infecte. Le pus coulait quelquefois par la bouche (CCCXIII, CCCXXIX); 5° une production polypiforme ou mollusciforme, née dans le méat auditif, et se développant de dehors en dedans, refoulant la membrane du tympan et portant le désordre dans les cavités de l'oreille interne (CCCXVII, CCCXXIII, CCCXLVIII, CCCLI, CCCLX); 6° la carie, la destruction d'une partie plus ou moins considérable du rocher.

Ces états morbides n'ont généralement occupé qu'une oreille. Ce n'est que dans très peu de cas que les deux côtés ont été affectés (CCCXII, CCCLXIV). L'oreille droite a été plus souvent le siége de la lésion (38 fois) que l'oreille gauche (30 fois).

L'affection de l'oreille a entraîné généralement de la douleur, de la surdité, des bruits variés et un écoulement qui, par son abondance, a souvent diminué l'irritation locale, et qui, par sa suppression ou sa diminution, a réveillé ou exaspéré les douleurs et provoqué de graves accidents.

C'est souvent après plusieurs mois ou même plusieurs années d'une otorrhée qui paraissait être sans conséquence, que, sans cause appréciable ou par suite d'un excès alcoolique, d'un refroidissement, etc., on a vu l'exsudation cesser tout à coup, la céphalalgie devenir très intense, et s'étendre de l'oreille au front ou aux autres parties de la tête. Dans quelques cas, ces alternatives se sont reproduites plusieurs fois (CCCV, CCCXVII, CCCXIX, CCCXXVIII, CCCXCVII).

IX. L'*invasion* de la phlegmasie encéphalique a été fréquemment signalée par des défaillances, la perte de connaissance subite ou une violente exacerbation des douleurs de l'oreille et du crâne, la fièvre, des vomissements, etc. Il est arrivé plusieurs fois que l'envahissement de la substance cérébrale a été très prompt, et que presque sans symptômes pour l'annoncer, il est parvenu au point d'amener une mort aussi rapide qu'elle était inattendue (CCLXXXV, CCXCVIII, CCCVI, CCCXVIII, CCCXXIII, CCCXXXVI, CCCXXXVIII, CCCXLII). Mais, le plus

communément, la phlegmasie cérébrale donne lieu à des phénomènes qui ne tardent pas à éveiller l'attention de l'observateur.

X. La *céphalalgie* a été l'un des phénomènes les plus constants; on l'a constatée dans plus des trois quarts des cas. La douleur a eu le plus souvent son point de départ dans la région du crâne où se trouvait la lésion des parois; mais elle a pu aussi se manifester ou se répandre en d'autres endroits, au front, à l'occiput, à la nuque. Elle était aiguë, intense, provoquait des cris, des gémissements, etc., ou bien elle était seulement gravative, parfois plus forte la nuit que le jour. Quelques malades tenaient une main ou les deux mains appliquées, serrées contre la tête pour obtenir du soulagement; d'autres ont éprouvé une sensation de froid dans la tête, de l'engourdissement, des étourdissements, des vertiges.

XI. L'*intelligence* est souvent demeurée intacte; mais 17 fois elle a été comme enrayée dans l'exercice de ses facultés; la parole était lente, embarrassée, incertaine (CCLXXVII, CCLXXVIII, CCLXXXVIII, CCCXXV, CCCXXXI, CCCXXXV, CCCXXXVII, CCCXL, CCCLIX) ou impossible (CCXCI, CCCI, CCCXLII), ou bornée à une sorte de mussitation (CCLXXXVII, CCC, CCCXX).

Le *délire* a eu lieu dans 22 cas; il y a eu plusieurs fois de l'agitation, de l'insomnie; mais il est survenu, dans près de la moitié des cas, à une époque variable de la maladie, de l'*assoupissement,* du *coma.*

XII. Les *sens* ont offert des modifications occasionnées par le siége même ou par le voisinage des lésions. Ainsi ont été observées l'anosmie, les hallucinations de la vue et de l'ouïe, la cécité, la surdité.

La vue a été troublée, non seulement lorsque la lésion occupait l'orbite ou ses alentours, mais aussi quand elle siégeait dans l'organe de l'ouïe. Les yeux ont offert des directions diverses. Il y a eu du strabisme (CCXCIII, CCCXII, CCCXXIV, CCCXXX, CCCXLV, CCCLIII). Les pupilles ont été dilatées

XIX. Les *recherches anatomo-pathologiques* ont eu pour résultats de montrer des lésions coïncidentes dans quelque point de la périphérie du crâne, dans les méninges voisines, et dans la région correspondante du cerveau ou du cervelet. Rapprochons les faits analogues.

Lorsque les cavités nasales étaient le point de départ, il y a eu de grandes détériorations dans l'ethmoïde; le frontal était perforé, le lobe antérieur du cerveau suppuré ou induré ou ulceré, les nerfs olfactifs détruits.

Quand la lésion occupait d'abord l'orbite, il existait des perforations osseuses en rapport avec des abcès situés le plus souvent dans le lobe antérieur du cerveau, une fois dans le lobe moyen.

Des altérations diverses du frontal : exostoses, caries, nécroses, ont encore coïncidé avec l'épaississement, l'inflammation de la dure-mère voisine, avec le ramollissement du cerveau ou avec des abcès de cet organe.

Des altérations profondes du temporal, de l'occipital, du sphénoïde, ont offert des relations évidentes avec des abcès du cerveau ou du cervelet.

Les caries et les destructions du corps du sphénoïde ont eu pour principal effet d'enflammer la glande pituitaire et ses enveloppes.

XX. Des maladies graves et profondes de l'organe de l'ouïe ont eu d'étroits rapports avec des altérations variées des organes encéphaliques dans un très grand nombre de cas.

Examinons d'abord dans quel état se trouvait l'oreille. Le conduit auditif était encore rempli d'un écoulement sanieux; dans plusieurs cas, on y a trouvé une excroissance polypeuse ou mollusciforme, qui, au lieu de se développer en dehors, avait refoulé la membrane du tympan ou l'avait rompue, pour se porter dans la caisse et y produire de graves désordres (CCCI, CCCXXIII, CCCXLVIII, CCCLI, CCCLX). Le conduit auditif a été perforé à la jonction du fibro-cartilage avec la portion osseuse (CCCXXIX).

Les cellules mastoïdiennes ont contenu du pus; il y avait perforation de l'apophyse, soit vers l'extérieur, soit vers le conduit auditif (CCCXLIX, CCCL).

L'oreille moyenne a été remplie d'une matière purulente, sanieuse, fétide; il y avait en même temps destruction des osselets et de la membrane du tympan. Ces cas sont très communs. Quelquefois, cette dernière membrane est demeurée intacte, bien que la caisse ait été pleine de pus (CCCXLVI).

Dans quelques cas, cette cavité renfermait une substance épaisse, crémeuse, blanchâtre ou jaunâtre, concrète, assez analogue à du fromage, composée d'épithélium, de matière granuleuse, de globules graisseux, de cristaux de cholestérine et de phosphate ammoniaco-magnésien (CCCII, CCCXV, CCCLXVI).

Les canaux demi-circulaires, le limaçon, sont imprégnés de pus et désorganisés; le nerf labyrinthique souvent détruit, parfois conservé, du moins en partie; le nerf facial interrompu, ou de couleur brunâtre (CCCXI, CCCLI, CCCLXII) ou conservé et intact (CCCXXIX). D'autres fois, les deux nerfs de la septième paire étaient enflammés (CCCLVI) ou même détruits (CCCXXII).

Il est probable que l'altération des nerfs qui traversaient des parties aussi profondément désorganisées, a pu échapper aux observateurs; elle était du moins probable dans un grand nombre de cas, et expliquait la surdité et la paralysie faciale du côté de l'oreille malade.

Le rocher a conservé quelquefois assez intacte une sorte de coque extérieure; plus souvent il était altéré du côté de la cavité du crâne, rugueux, carié, criblé, perforé.

XXI. La dure-mère en contact était épaissie, enflammée, d'une teinte rouge ou ardoisée ou noirâtre; ou recouverte d'une fausse membrane, ou imprégnée de pus. Elle a pu être ulcerée et perforée.

Les sinus voisins offrent des altérations très manifestes. Le sinus latéral peut être atteint de phlébite avec ou sans

carie de la gouttière latérale; il est obstrué par des caillots, ou il contient du pus. Dans un cas, on a vu le pus suivre le trajet de la veine jugulaire interne et envelopper les grands nerfs qui l'avoisinent (CCCXXXVII). Une autre fois, on a trouvé une matière grisâtre dans le sinus caverneux, avec une carie correspondante du sphénoïde et de l'apophyse basilaire (CCCV); et, dans un autre cas, ce sinus distendu comprimait le nerf de la troisième paire (CCCXIII).

XXII. Le cerveau a été le siége d'un ramollissement, et plus souvent d'un abcès, toujours situé du côté de l'oreille affectée. Tantôt la lésion occupait le lobe postérieur, tantôt le lobe moyen; une fois le foyer existait dans le lobe antérieur; on a vu aussi un abcès dans la couche optique.

Vingt et quelques fois l'abcès du cerveau était mis en communication avec les cavités labyrinthiques par la double perforation de la dure-mère et du rocher.

Dans deux cas, l'abcès communiquait avec le ventricule sans communiquer avec l'oreille, malgré l'altération du rocher (CCCXII, CCCXXIX). Dans cinq autres, il existait une communication libre entre le ventricule, le foyer purulent et l'intérieur du rocher (CCCX, CCCXXIV, CCCXXVII, CCCXXXV, CCCXLII).

Les ventricules ont parfois contenu du pus, bien qu'on n'ait pas trouvé ou du moins mentionné de trajet fistuleux provenant de l'abcès (CCCXXIII, CCCXXXIII).

Les abcès ont été souvent enkystés. Le kyste, comme celui des autres abcès de l'encéphale, était composé d'une membrane vasculaire molle ou de deux tuniques (CCCXVII, CCCXIX, CCCXXII, CCCXLVI). Il se trouvait quelquefois très voisin du rocher, ou même y adhérait.

Les parois de ces abcès ont eu, dans quelques cas, un aspect et une odeur de gangrène (CCCXXXI, CCCXXXVIII).

XXIII. Le cervelet a été, dans plusieurs cas, le siége de l'abcès; celui-ci était parfois enkysté (CCCLV, CCCLVI, CCCLXVI); il occupait le lobe voisin de l'oreille malade. Une fois, la communication avec l'intérieur du rocher s'était établie par le trou auditif interne.

Avec les abcès du cervelet a souvent coïncidé un épanchement séreux dans les ventricules du cerveau (CCCXLIX, CCCL, CCCLI, CCCLIII, CCCLXI, CCCLXIII, CCCLXIV, CCCLXVI). Cette circonstance est digne d'attention; elle sera de nouveau constatée dans d'autres genres de lésion du cervelet.

Il n'est peut-être pas inutile aussi de faire remarquer que l'oto-méningo-cérébellite n'exerce que rarement une influence fâcheuse sur l'intelligence, la parole et même la locomotion; mais que les troubles du côté de l'organe de la vue, les spasmes ou les paralysies partielles de la face et les vomissements en sont des effets plus fréquents.

XXIV. Les faits de méningo-encéphalite avec lésion organique des parois et des cavités anfractueuses du crâne, ont offert l'inflammation des méninges et surtout de la dure-mère comme intermédiaire ou comme voie de transmission entre les os malades et la substance encéphalique altérée. Mais il peut y avoir phlegmasie de celle-ci, coïncidant avec une altération osseuse, sans que les méninges aient été envahies, et alors la continuité morbide n'existe pas. Ces cas sont rares. La phlegmasie cérébrale n'a point été le produit immédiat d'une extension, d'une propagation de proche en proche. Elle a eu lieu par un rapport d'un autre genre, consécutivement ou par corrélation à distance. Ce mode devait être distingué. Les exemples suivants en donnent une idée.

CCCLXVII° Obs. — Femme, vingt-six ans, maux de tête qui duraient depuis deux, diminuaient de temps à autre, et étaient d'autres fois très intenses. Pendant les paroxysmes les plus aigus, la malade se roule à terre et perd momentanément la vue. En avril, érysipèle de la face, succédant à une forte attaque de céphalalgie. Fièvre, soif vive, langue chargée, bourdonnements dans les oreilles. Deuxième et troisième jour, vomissements bilieux, affaissement, délire passager, tintements d'oreilles, toux rare, un peu de râle. Cinquième jour, diminution des symptômes locaux et généraux, mais cécité, état soporeux. — Os du crâne minces et comme dépolis. Apophyse cristagalli mince, pointue, perforée; selle turcique perforée, rongée au centre et sur les bords. Même altération à la base

des deux rochers. Dure-mère intacte sur les os altérés. Substance cérébrale de l'hémisphère droit d'un rouge noirâtre, et ramollie à la profondeur de plusieurs lignes; en divers autres points du cerveau, et dans l'hémisphère gauche, concrétions sanguines noirâtres, ramollissement brun, et suppuration [1].

CCCLXVIII° Obs. — Homme, dix-huit ans, surdité. Depuis plusieurs années, écoulement purulent par les oreilles; abcès chronique derrière l'oreille gauche, communiquant avec les cellules mastoïdiennes; suppuration pendant un an, puis guérison avec cicatrice enfoncée. Depuis cette époque, céphalalgie plus vive, vomissements, assoupissement, oppression, pouls normal, intellect, yeux naturels, frissons réitérés, puis stupeur, parole conservée, pouls de 80 à 120, coma. — Hémisphère droit du cerveau réduit dans la moitié de son épaisseur en une matière purulente fétide, fluide au centre, avec quelques caillots. Sérosité sanguinolente dans les ventricules [2].

CCCLXIX° Obs. — Homme, quarante-quatre ans, rhumatisme articulaire et albuminurie, céphalalgie, douleur vive et écoulement séreux, ensuite purulent, par l'oreille droite; en même temps, pupilles resserrées, vomissements, paralysie du mouvement du côté gauche, coma. — Ramollissement du lobe cérébral moyen droit, d'un jaune très pâle, affectant les deux substances; et au milieu de la substance médullaire, une demi-once environ de pus jaune contenue dans une capsule de l'épaisseur d'un vingtième de pouce, ayant la consistance du cuir, et très vasculaire. Méninges saines. Ventricules pleins de sérosité, et leurs parois ramollies. Os du crâne et même les deux temporaux sains, mais paraissant avoir leurs vaisseaux assez injectés. Dans la cavité du tympan droit, se trouve une excroissance polypeuse, née sur la membrane interne très épaissie. Cette cavité, contient un fluide séreux; pas de pus. Oreille gauche dans l'état normal. Poumons congestionnés, en quelques points, hépatisés. Cœur un peu mou, contenant du sang fluide et coagulé. Reins granuleux avec plusieurs petits kystes. Examen microscopique : le pus a les caractères ordinaires. La capsule de l'abcès cérébral est d'organisation fibreuse avec des cellules allongées et des noyaux. La substance cérébrale ramollie montre beaucoup de matière granuleuse et graisseuse, mêlée au tissu nerveux désorganisé, et quelques globules de pus. Le polype de l'oreille présente la texture fibreuse et des cellules ovales, arrondies ou allongées avec noyaux brillants [3].

[1] Graff, *Journal der Praktischen* d'Hufeland et Osann, 1835. (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 163.)

[2] Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 131.

[3] J. W. Ogle, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1856, t. VII, p. 14.

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA MÉNINGO-ENCÉPHALITE.

L'histoire générale de la méningo-encéphalite embrasse des formes morbides fort différentes les unes des autres. Toutefois, des nuances intermédiaires les rapprochent, et la ligne de démarcation qui les sépare est souvent, comme le proclame M. Calmeil [1], très difficile à saisir et à tracer. Aussi, malgré d'assez nombreux traits de dissemblance qu'il ne faudra pas oublier, il est possible de jeter un coup-d'œil d'ensemble sur les résultats offerts par les résumés qui précèdent. Les détails seraient d'inutiles répétitions. Je dois borner cet exposé général à un sommaire précis, à une simple récapitulation. On s'apercevra que les différences principales existent entre la méningo-encéphalite des enfants et celle des adultes, tandis que les analogies les plus nombreuses se trouvent entre les méningo-encéphalites aiguës et chroniques de ces derniers.

§ I. — Causes de la méningo-encéphalite.

a. — Sexe. — Il existe une disposition générale à la méningo-encéphalite chez les individus du sexe masculin, puisque sur 362 malades, 246 appartenaient à cette catégorie. Mais si cette différence est très prononcée, surtout quant à la méningo-encéphalite chronique, elle disparaît ou plutôt devient inverse relativement à la méningo-encéphalite aiguë des enfants, laquelle est plus fréquente chez les filles (19) que chez les garçons (12).

b. — Age. — La méningo-encéphalite affecte assez souvent les enfants, comme le prouvent la variété distincte qui a été décrite, et plusieurs faits de la quatrième série. Mais c'est

[1] *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 244.

surtout dans l'âge moyen de la vie qu'on l'observe le plus souvent. Voici les résultats d'une récapitulation générale :

26	sujets avaient	moins de 10 ans.
45	—	de 11 à 20 ans.
71	—	de 21 à 30 —
70	—	de 31 à 40 —
80	—	de 41 à 50 —
27	—	de 51 à 60 —
14	—	de 61 à 70 —
17	—	de 71 à 80 —
1	avait 87 ans.	

C'est donc de 20 à 50 ans que la méningo-encéphalite est plus fréquente.

c. — **Influence héréditaire.** — L'influence héréditaire n'a pas été généralement notée dans les cas de méningo-encéphalite aiguë, soit des enfants, soit des adultes. Probablement, l'activité du développement morbide, l'intensité et l'évidence des symptômes et du danger détournaient l'attention de la recherche minutieuse des antécédents. C'est là ce qui explique l'absence de documents précis à ce sujet. Ils ne manquent pas, au contraire, pour la méningo-encéphalite chronique, et ils prouvent que cette maladie s'est montrée chez un certain nombre de sujets qui avaient eu des parents atteints d'affections cérébrales et surtout de vésanies.

d. — **Constitution.** — Une constitution forte, une prédominence sanguine, une tendance à la pléthore céphalique ont été des prédispositions souvent constatées. Ce sont des enfants robustes, des jeunes gens vigoureux, des adultes adonnés à des travaux pénibles, à un exercice soutenu, qu'on voit le plus souvent atteints. Cette maladie s'observe dans tous les rangs de la société. Il est parmi les adultes des *professions* qui paraissent plus particulièrement y exposer. Telle est la carrière militaire, et ce sont les officiers autant ou peut-être plus que les soldats qui en ont été affectés ; cir-

constance assez notable, puisqu'elle est l'inverse de ce qu'on a noté quant à la méningite cérébro-spinale épidémique. Les marins, les cultivateurs, les artisans, obligés de faire un emploi habituel de leurs forces physiques, sont encore atteints par la méningo-encéphalite; mais cette maladie n'épargne pas les gens du monde, les individus nerveux et irritables, ceux dont les impressions sont vives et l'imagination facilement exaltée.

e. — **Influences hygiéniques.** — Diverses causes résultent d'un mauvais usage des choses de l'hygiène. Telles sont :

L'exposition à une chaleur excessive, surtout à l'ardeur des rayons du soleil, la tête n'étant pas garantie;

Un refroidissement subit, le corps étant en sueur;

Le printemps, l'automne, comme offrant sans doute les vicissitudes les plus rapides ou les plus fréquentes;

Des excès répétés d'aliments ou une alimentation de mauvaise qualité;

L'abus des liqueurs spiritueuses, et, sous ce point de vue, la profession de marchand de vin, d'eau-de-vie, etc.;

Les fatigues corporelles, non suivies d'une réparation suffisante des forces;

Les excès vénériens, l'onanisme;

Les affections morales vives, les passions fortes, les chagrins;

Un travail intellectuel trop longtemps prolongé.

f. — **Antécédents pathologiques.** — Diverses maladies antérieures peuvent jouer le rôle de causes prédisposantes ou efficientes, selon leur ancienneté ou leur récente action. De ce nombre sont :

Des lésions traumatiques de la tête, datant quelquefois de plusieurs années;

Des vésanies de divers genres, depuis la folie la plus violente jusqu'au dernier degré de la démence;

Des affections exanthématiques du cuir chevelu et de la

face, qu'elles soient aiguës ou chroniques, en pleine activité ou rapidement supprimées;

Des congestions cérébrales réitérées, effets fréquents des causes précédentes ou de quelques-unes de celles qui vont être indiquées;

Des irritations gastro-intestinales aggravées par un traitement stimulant;

Des maladies des voies respiratoires, réagissant sympathiquement ou par voie de circulation sur l'encéphale;

Des affections du cœur, exerçant sur le cours du sang une influence vivement ressentie par le système nerveux;

Des altérations du sang, qui provoquent ou accompagnent souvent les troubles de l'innervation.

La suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel, ou des menstrues, ou des lochies, ou de la sécrétion du lait.

Les affections rhumatismales, arthritiques, syphilitiques, herpétiques, faisant irruption sur les organes intra-crâniens.

Les intoxications saturnine, mercurielle, nicotique, etc., agissant directement sur l'appareil nerveux.

Ce rapide aperçu des causes de la méningo-encéphalite résume, comme il est facile de s'en assurer, toute l'étiologie déjà tracée de la méningite et de l'encéphalite.

§ II. — Symptômes de la méningo-encéphalite.

a. — Phénomènes précurseurs. — La méningo-encéphalite est fréquemment précédée de divers phénomènes qui, aux yeux du médecin éclairé, peuvent donner l'éveil sur les graves symptômes qui se préparent.

De ces divers phénomènes, l'un des plus remarquables est un changement très manifeste du moral. Le sujet, habituellement gai, devient triste; il est dans une sorte d'apathie intellectuelle, il est comme engourdi ou même dans un état de somnolence. D'autres fois, le caractère change en sens inverse; le moral paraît surexcité, les idées sont gaies, les

espérances le remplissent, et sont exprimées avec une vivacité insolite; le sommeil est agité et souvent interrompu.

Un symptôme prodromique très commun est la douleur, la pesanteur de tête, avec vertiges, avec étourdissements.

On a noté, dans quelques cas, les troubles de divers sens, de la vue, de l'ouïe; des sensations incommodes de chaleur ou de froid ou de fourmillement.

Assez fréquemment il y a eu des spasmes, des mouvements convulsifs ou bien une faiblesse partielle, une semi-paralysie de quelque membre.

b. — **Invasion.** — L'invasion a été quelquefois marquée par l'apparition des derniers symptômes que je viens d'indiquer, ou, s'ils s'étaient déjà montrés, c'est par leur retour plus prononcé et plus persistant que la maladie se caractérise. Ce sont des convulsions violentes ou une paralysie plus complète; il peut y avoir, au début, du délire ou des défaillances ou une céphalalgie intense, et souvent une fièvre assez forte.

c. — **Symptômes en particulier.** — *Céphalalgie.* La douleur de tête est fréquente et intense dans les méningo-encéphalites aiguës, accompagnée souvent de chaleur dans le crâne, de battements et de diverses autres sensations [1]; elle est assez rare et peu vive dans celle qui est chronique; souvent alors elle est remplacée par un vague sentiment de pesanteur, d'embarras et de tension. Elle est, au contraire, très commune et très forte quand la méningo-encéphalite est liée à une altération grave des parois du crâne.

Troubles de l'intelligence. Il est rare que l'intellect demeure intact. Le plus souvent les actes, manifestement influencés par l'état morbide, sont ralentis, affaiblis ou surexcités et

(1) Dans un cas de méningo-encéphalite aiguë terminée par un abcès, le malade sentait comme le bec d'un oiseau lui perçant la substance cérébrale. (Romberg, *A Manual of nervous diseases*, transl., t. I, p. 168.)

pervertis. Le délire a lieu, tantôt léger, passager, tantôt permanent, accompagné d'idées gaies ou tristes, de satisfaction ou de désespoir; il est quelquefois violent, emporté, avec vociférations, agitation et tendance à la destruction. Qu'il y ait eu du délire ou que ce symptôme ne se soit pas produit, les facultés intellectuelles paraissent plus ou moins affaiblies, la mémoire se perd ou s'égare, l'esprit reste indécis, lent; la volonté est sans énergie. Cette inertie morale conduit à la démence.

Parole. La parole conserve rarement sa netteté. C'est l'un des phénomènes les plus frappants de la méningo-encéphalite que ce changement rapide ou progressif dans l'articulation des sons. La prononciation est traînante, hésitante, embarrassée; elle est presque inintelligible; elle se réduit à quelques monosyllabes, ou même elle se perd entièrement quand la maladie se prolonge. Ces altérations de la parole, plus difficilement constatées chez l'enfant, ont été notées chez l'adulte dans plus de la moitié des cas aigus et dans le plus grand nombre des cas chroniques; elles ont été moins fréquentes dans la quatrième catégorie. Cette dysphasie, les troubles intellectuels, et l'asthénie musculaire, phénomènes qui appartiennent à la paralysie générale, sont des attributs très communs de la méningo-encéphalite chronique et même souvent de la méningo-encéphalite aiguë des adultes.

Assoupissement. Il est fort commun chez les individus très jeunes et lorsque la méningo-encéphalite est aiguë et fait des progrès; quand elle est chronique, il y a moins de disposition au coma; c'est plutôt de la stupeur, de l'engourdissement, de la somnolence.

Sens. L'action des sens est quelquefois modifiée, l'ouïe dure, la vue obscurcie ou double. Le strabisme, qui se remarque quelquefois dans les cas aigus, est plus rare quand la maladie est chronique. Il en est de même des pupilles, plus souvent dilatées que contractées; mais elles le sont inégalement et parfois alternativement.

Spasmes. Les convulsions se montrent parfois au début et

assez souvent vers le terme fatal de la maladie. Elles peuvent prendre l'apparence de l'épilepsie, être partielles, etc. Des spasmes variés se sont produits, tels que tremblements, secousses brusques et instantanées, soubresauts de tendons, grincements de dents, etc.

Paralysie musculaire. L'affaiblissement d'une partie ou de l'ensemble du système musculaire est l'un des symptômes les plus fréquents de la méningo-encéphalite. Il peut y avoir hémiplégie droite ou gauche, paralysie partielle de la face ou de toute autre région. Lorsque la maladie se manifeste avec lenteur, on ne constate d'abord qu'une simple débilité portant principalement sur les membres inférieurs. La station debout et la marche sont possibles, mais ne sont pas solides; le tronc vacille. Plus tard, la paralysie s'étend et se complète. L'asthénie musculaire a été évidente à différents degrés dans moins de la moitié des cas offerts par les enfants, dans les deux tiers chez les adultes atteints de méningo-encéphalite aiguë et dans la plupart des cas de méningo-encéphalite chronique, car on ne compte que quelques exceptions. La quatrième catégorie a présenté surtout un certain nombre de paralysies faciales partielles.

Rigidité musculaire. Les parties atteintes de paralysie offrent parfois une contracture assez prononcée. On observe, en quelques circonstances, une rigidité marquée des muscles de la mâchoire ou du cou, du rachis ou d'un membre non paralysé. D'autres fois, on constate une *résolution* plus ou moins complète des membres paralysés.

Sensibilité générale. Dans quelques cas, elle est exagérée. Il existe des sensations de picotement, de fourmillement, d'irradiation douloureuse; mais, en général, la sensibilité est obtuse; elle tend à s'éteindre dans les parties paralysées. Quelquefois, la peau paraît insensible aux agents mécaniques d'excitation, tandis que le mouvement inattendu d'une articulation fait pousser des cris.

Circulation du sang. Le pouls peut conserver l'état normal; il se ralentit même quelquefois, du moins pour un

certain temps; mais une réaction survenant, il s'accélère, il devient irrégulier, et offre d'assez grandes variétés durant le cours de la maladie.

Le sang a été couenneux dans quelques cas; le plus souvent il a eu la consistance et la composition ordinaires.

Respiration. La respiration est normale ou irrégulière, accélérée, suspirieuse, stertoreuse, etc.

Voies digestives. Le vomissement s'est montré, surtout au début, dans plus de la moitié des cas observés chez les enfants; il est, au contraire, rare dans la méningo-encéphalite des adultes, surtout dans celle qui est chronique; il reparaît assez souvent dans la quatrième catégorie. L'appétit, généralement nul dans les cas aigus, augmente, devient même parfois vorace dans les commencements des cas chroniques. La langue, dans les premiers, est parfois sèche et brune, et la déglutition, dans les derniers, finit par devenir presque impossible. La constipation est assez ordinaire, mais la diarrhée n'est pas très rare et les évacuations ne tardent pas à devenir involontaires.

Sécrétion urinaire. Il y a parfois rétention d'urines. Ce fluide peut être clair, limpide, peu coloré, ou trouble, épais, blanchâtre, sédimenteux.

Perspiration cutanée. Les sueurs arrivent dans le cours et surtout à la fin de la maladie. Elles ne sont pas favorables. Il se manifeste aussi quelquefois des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses.

Disposition à la gangrène. C'est surtout dans la méningo-encéphalite chronique que l'on voit survenir des taches noirâtres, des pustules gangréneuses, des eschares sur les points d'appui du bassin. Il ne faut pas toujours en tirer un funeste présage.

§ III. — Marche, durée, terminaisons de la méningo-encéphalite.

La classification des faits a déjà démontré que la méningo-encéphalite peut être aiguë ou chronique.

Elle est aiguë chez les enfants et chez les adultes. Sa durée apparente a pu être de vingt-quatre heures à quarante et quelques jours.

La méningo-encéphalite chronique appartient surtout à l'âge adulte. Sa durée moyenne a été d'un an; mais elle a pu n'être que de quelques mois et s'étendre à plusieurs années.

La marche de l'une et de l'autre a été généralement continue, progressive, incessante; mais elle a offert des aggravations comme par saccades, dues souvent à des congestions cérébrales; les exacerbations ont été quelquefois périodiques; les temps d'arrêt ou les rémittences ont été, dans certains cas, assez prolongés pour faire croire à une convalescence prochaine.

La méningo-encéphalite peut se terminer par la guérison lorsqu'elle est peu intense, activement traitée, et que les organes atteints n'ont pas encore subi une profonde altération. Mais on conçoit combien cette heureuse terminaison doit être rare. Non seulement la mort est le résultat presque nécessaire de la marche progressive des lésions encéphaliques, mais encore elle est l'effet d'une détérioration générale de l'économie, de la tendance à la cachexie séreuse, à l'état scorbutique, à la gangrène.

Des circonstances accidentelles ont aussi parfois mis fin à la maladie avant le temps qui lui restait encore à parcourir. Mais, en général, les méningo-encéphalites aiguës se sont fatalement terminées, en nombre d'autant plus grand qu'elles étaient plus près des premiers jours. Ainsi, 102 décès par suite de méningo-encéphalite aiguë ayant eu lieu aux époques suivantes, on en a compté :

Dans le 1er septenaire.............	35
— 2e —	29
— 3e —	15
— 4e —	14
— 5e —	9
	102

certain temps; mais une réaction survenant, il s'ac
devient irrégulier et offre d'assez grandes variét
cours de la maladie.

Le sang a été couenneux dans quelque
souvent il a eu la consistance et la composi

Respiration. La respiration est norma
accélérée, suspirieuse, stertoreuse, etc.

Voies digestives. Le vomissement s'e
début, dans plus de la moitié des
enfants; il est, au contraire, rare d
lite des adultes, surtout dans c
reparaît assez souvent dans la qu
généralement nul dans les c
même parfois vorace dans … s cadavériques
chroniques. La langue, dan … ici l'énumération
et brune, et la déglutiti … e plus souvent.
devenir presque impossib … e.
naire, mais la diarrhée … leur diploë, avec épaississe-
ne tardent pas à deve … r tissu quand la maladie a été

Sécrétion urinaire
fluide peut être cla … ulaire, principalement du côté de
blanchâtre, sédim … ois très adhérente aux parois du crâne.

Perspiration … sang liquide ou coagulé.
surtout à la fin … mmées, adhérentes entre elles à l'aide de
Il se manifes … ses ou de brides assez consistantes, princi-
ou pustuleu … les côtés du sinus longitudinal supérieur.

Disposit … ent des corpuscules de Pacchioni.
encépha … opaque, épaissie, d'une teinte opaline, blan-
râtres, … tout par traînées, le long des vaisseaux, ou
point … rouge, soit d'une manière uniforme, soit par
fune … par points plus ou moins multipliés et distincts.
…ulation, dans la cavité de l'arachnoïde, d'une cer-
…ntité de sérosité ou d'un fluide trouble, séro-albu-
…x, purulent, ou sanguinolent.
…sses membranes recouvrant la périphérie des hémi-
…res dans une étendue variable, accolées au feuillet
…tal de l'arachnoïde, arrivant à des degrés variés

de vascularité, d'épaisseur et de consistance,
n de kystes parsemés de dépôts sanguins.
'aissie, rouge, infiltrée de sérosité, ou
u de pus; altérations qui ne se
les circonvolutions, mais qui

substance corticale
'aires, qui s'éten-

sant se détacher, pour
, soit une couche mince
e couche plus épaisse, soit la
stance, qui offre une teinte rosée
rougeâtre ou brunâtre.
aspect granuleux, mamelonné, comme
t des surfaces déchirées et mises à nu par
ation.
yers purulents dans la substance grise.
rations partielles dans son épaisseur.
rophie et dégénération de cette substance en un tissu
aréolaire.

Couleur noirâtre, avec ramollissement putrilagineux et odeur de gangrène.

Substance médullaire injectée, rouge, violacée ou amaranthe ou jaune, indurée, tassée, élastique; ou ramollie, en bouillie; ou pénétrée de pus et contenant des abcès.

Teinte rougeâtre ou lilas de la substance grise, des corps striés, des couches optiques, des cornes d'Ammon.

Ramollissement, et, dans quelques cas, foyers purulents dans l'une ou l'autre de ces éminences.

Épanchement dans les ventricules latéraux et moyen, ou plus spécialement dans l'un des premiers, d'un fluide séreux, limpide ou trouble, ou de pus.

Altération de l'épendyme, qui est épaissi, ramolli, enflammé, tapissé par une fausse membrane, ou parsemé de saillies granuleuses ou vésiculeuses.

Les méningo-encéphalites chroniques suivent une loi presque analogue, seulement il faut compter par année au lieu de le faire par septenaire.

Dans une première période, qui comprend de quatre à dix-huit mois, on trouve. . . . . 40 décès.

Dans une deuxième, de deux à quatre ans. 22 —

Dans une troisième, qui s'étend de cinq à quatorze ans. . . . . 5 —

67 décès.

§ IV. — Anatomie et physiologie pathologiques de la méningo-encéphalite.

Les altérations constatées par les recherches cadavériques sont nombreuses et caractéristiques. Voici l'énumération succincte de celles qui se remarquent le plus souvent.

Plénitude des vaisseaux de la tête.

Os du crâne injectés, surtout leur diploë, avec épaississement et grande dureté de leur tissu quand la maladie a été longue.

Dure-mère très vasculaire, principalement du côté de sa face interne, parfois très adhérente aux parois du crâne.

Sinus pleins de sang liquide ou coagulé.

Méninges enflammées, adhérentes entre elles à l'aide de lamelles celluleuses ou de brides assez consistantes, principalement sur les côtés du sinus longitudinal supérieur.

Développement des corpuscules de Pacchioni.

Arachnoïde opaque, épaissie, d'une teinte opaline, blanchâtre, surtout par traînées, le long des vaisseaux, ou colorée en rouge, soit d'une manière uniforme, soit par plaques ou par points plus ou moins multipliés et distincts.

Accumulation, dans la cavité de l'arachnoïde, d'une certaine quantité de sérosité ou d'un fluide trouble, séro-albumineux, purulent, ou sanguinolent.

Fausses membranes recouvrant la périphérie des hémisphères dans une étendue variable, accolées au feuillet pariétal de l'arachnoïde, arrivant à des degrés variés

d'organisation, de vascularité, d'épaisseur et de consistance, jusqu'à la production de kystes parsemés de dépôts sanguins.

Pie-mère injectée, épaissie, rouge, infiltrée de sérosité, ou de matière concrescible, ou de pus; altérations qui ne se bornent pas à la convexité des circonvolutions, mais qui pénètrent dans les anfractuosités.

Adhérences entre la pie-mère et la substance corticale par une multitude de petits filaments vasculaires, qui s'étendent de l'une à l'autre.

Substance corticale ramollie et laissant se détacher, pour suivre la pie-mère qu'on enlève, soit une couche mince comme une pellicule, soit une couche plus épaisse, soit la presque totalité de cette substance, qui offre une teinte rosée ou violacée, lilas, gris rougeâtre ou brunâtre.

Couleur rouge et aspect granuleux, mamelonné, comme ulcéré et saignant des surfaces déchirées et mises à nu par cette décortication.

Petits foyers purulents dans la substance grise.

Indurations partielles dans son épaisseur.

Atrophie et dégénération de cette substance en un tissu aréolaire.

Couleur noirâtre, avec ramollissement putrilagineux et odeur de gangrène.

Substance médullaire injectée, rouge, violacée ou amaranthe ou jaune, indurée, tassée, élastique; ou ramollie, en bouillie; ou pénétrée de pus et contenant des abcès.

Teinte rougeâtre ou lilas de la substance grise, des corps striés, des couches optiques, des cornes d'Ammon.

Ramollissement, et, dans quelques cas, foyers purulents dans l'une ou l'autre de ces éminences.

Épanchement dans les ventricules latéraux et moyen, ou plus spécialement dans l'un des premiers, d'un fluide séreux, limpide ou trouble, ou de pus.

Altération de l'épendyme, qui est épaissi, ramolli, enflammé, tapissé par une fausse membrane, ou parsemé de saillies granuleuses ou vésiculeuses.

Plexus choroïdes épais, infiltrés, rouges, ou blanchâtres.

Inégalité de volume et de poids des hémisphères cérébraux.

Substances du cervelet injectées, rouges.

Vaisseaux cérébraux altérés, encroûtés de phosphate calcaire, athéromateux, etc. Lésions diverses du cœur, des organes digestifs, etc.

Le siége complexe de la phlegmasie rend difficile la détermination des rapports entre les parties lésées et les phénomènes de l'état morbide. Mais une circonstance importante est la diffusion de l'état phlegmasique dans la substance corticale. C'est, avec la méningite, la lésion principale; du moins c'est la plus fréquente et la plus caractéristique de la méningo-encéphalite.

L'inflammation des méninges exerce sur les actes intellectuels une influence puissante; c'est peut-être à cause des rapports de contiguïté de la pie-mère avec la surface cérébrale. Quelques faits permettraient même d'admettre que les altérations de cette membrane, surtout ses phlegmasies propres, exercent ce genre d'influence plus activement que les lésions purement arachnoïdiennes. On conçoit dès lors la double et puissante origine des troubles intellectuels si souvent constatés dans la méningo-encéphalite. Ces troubles dépendent soit d'un affaiblissement mental, soit d'une surexcitation et d'une perversion des actes moraux. Cette perversion donne lieu à des séries d'idées délirantes, qui se distinguent par un cachet d'expansion et de contentement bien plus souvent que par une expression de tristesse.

Une autre influence importante résulte de la lésion méningienne et cérébrale péri-encéphalique. C'est une atteinte grave portée à l'action musculaire. Cette atteinte semble parfois consister en une stimulation, qui se traduit par des mouvements involontaires et irréguliers. Elle se manifeste plus souvent par une débilité croissante de l'appareil locomoteur. Ces deux ordres de phénomènes coïncident fréquemment. Du reste, les spasmes sont passagers,

accidentels; l'asthénie est, au contraire, un attribut plus constant, progressif, et parvenant jusqu'à la paralysie la plus complète et la plus étendue. Mais longtemps une certaine mobilité s'est maintenue, et les muscles ont été, quoique engourdis, assez dociles à la volonté et aux agents physiques de stimulation, comme l'électricité.

Les paralysies locales, qui ont été observées et qui ont offert des combinaisons très variées, ne s'expliquent que rarement par les localisations affectées.

L'hémiplégie alterne de la méningo-encéphalite échappe plus encore que celle des autres siéges morbides aux explications proposées.

La dysphasie, qui forme l'un des traits les plus saillants de la méningo-encéphalite, est très probablement l'effet du trouble porté à l'exercice de la contraction musculaire. Ce n'est pas le manque d'idées, puisqu'elles surabondent quelquefois, mais elles semblent arrêtées au passage. Il n'y a pas paralysie de la langue, car cet organe se meut dans tous les sens, et même parfois trop vite, mais il agit irrégulièrement, ses mouvements sont mal coordonnés et insuffisants. Le tremblement presque insensible qu'on distingue souvent aux lèvres, aux joues, aux paupières, aux mains, donne une idée de l'espèce de trémulation qui gêne et ralentit l'action des muscles chargés d'opérer l'articulation des sons. Cette action exige un effort, elle tient du spasme; elle en a l'instabilité et l'irrégularité.

La faiblesse qui va retentir dans les membres supérieurs et surtout inférieurs, sans que la moelle épinière soit altérée, est encore une circonstance digne d'attention. Elle ne résulte nullement d'une lésion spéciale des corps striés ou des couches optiques.

La sensibilité, rarement exagérée, devient de plus en plus obtuse, mais elle ne s'éteint pas.

Les hémisphères cérébraux, les substances corticale et médullaire, qui, durant une première période, étaient dans une sorte de turgescence par l'effet de la congestion san-

guine, changent d'aspect sous l'influence d'un travail morbide continu; ils passent à un état opposé, c'est à dire qu'ils subissent un dépérissement intime, une dégénération, une atrophie. De là une diminution marquée du volume et du poids d'un hémisphère, en même temps que sa puissance cesse de s'exercer sur l'action nerveuse et musculaire du côté opposé.

§ V. — Diagnostic de la méningo-encéphalite.

Le diagnostic de cette maladie complexe doit offrir de nombreux traits de ressemblance avec celui de la méningite et de l'encéphalite. Cependant, la combinaison de ces éléments entraîne quelques différences symptomatologiques dont il est nécessaire d'examiner les degrés et la fréquence.

La céphalalgie est en général moins violente et moins constante que dans la méningite et que dans certaines localisations de l'encéphalite. Le délire est moins souvent furieux que dans la première; il est plus calme, et il exprime, dans une nombreuse série de cas, des idées de satisfaction ou une indifférence qui lui donnent un cachet particulier.

La parole offre généralement un embarras qu'on pourrait regarder comme à peu près pathognomonique; elle est enrayée, mais non empêchée; tandis que dans la méningite elle est rarement altérée, et que dans l'encéphalite elle est quelquefois totalement perdue.

Le coma n'est pas un phénomène aussi commun que dans les phlegmasies élémentaires. Les pupilles ne sont pas très souvent modifiées; leur inégalité est assez communément signalée.

Les spasmes sont ici modérés et passagers, l'affaiblissement musculaire précoce, la paralysie assez constante, progressive et généralisée; la contracture est rare, la sensibilité est plus souvent obtuse qu'exagérée, le vomissement est moins fréquent que dans la plupart des cas de méningite et d'encéphalite.

La fièvre manque souvent, et le pouls n'a pas offert de caractères plus spéciaux que dans les phlegmasies déjà étudiées.

Ainsi, dans la comparaison de la méningo-encéphalite avec la méningite et l'encéphalite, on trouve quelques nuances assez distinctes, mais elles ne portent que sur un certain nombre de points; et, quant aux autres, les analogies sont telles que la ligne de démarcation est difficile ou même impossible à tracer.

Quant au diagnostic comparatif entre la méningo-encéphalite et les diverses autres maladies du système nerveux, il me paraît inutile de s'y arrêter; ce serait reprendre les considérations déjà présentées à l'occasion des maladies qui font le sujet des chapitres précédents.

§ VI. — Prognostic de la méningo-encéphalite.

La méningo-encéphalite chronique est plus dangereuse que la méningo-encéphalite aiguë des adultes, et cette dernière plus que celle des enfants. Mais le degré d'intensité de chacun de ces modes pathologiques en détermine le danger. Le plus léger est encore d'une extrême gravité, à cause de l'extension que les lésions tendent à prendre. Il faut se défier des rémittences et des améliorations; elles ne sont ordinairement qu'apparentes, passagères et suivies d'une aggravation funeste.

La guérison est possible quand la maladie est récente, que la congestion domine encore et qu'un traitement efficace est employé.

Les progrès de la paralysie, la chute complète des forces, l'oblitération de l'intellect, la difficulté de la déglutition, de la respiration, l'amaigrissement, la petitesse du pouls, annoncent une terminaison prochainement fatale.

§ VII. — Traitement de la méningo-encéphalite.

Les détails qui ont été présentés à l'occasion de la méningite et de l'encéphalite me dispensent d'en reproduire le

plus grand nombre. Mais quelques modifications doivent être indiquées.

La nature et l'étendue de la phlegmasie complexe dont il s'agit sembleraient devoir réclamer une plus grande activité dans l'emploi des émissions sanguines; l'expérience apprend qu'il faut, au contraire, n'en user qu'avec modération. Mais il est une circonstance qui les rend nécessaires, ce sont les congestions, si fréquentes au début, si redoutables pendant le cours de la maladie. Les émissions sanguines, pour être efficaces, doivent être faites immédiatement et promptement. L'opportunité jugée, l'état du pouls règlera la quantité de sang qui devra être extraite.

En même temps, les réfrigérants sur la tête, les révulsifs aux membres inférieurs seconderont la saignée, qui, de la sorte, n'aura pas besoin d'être copieuse.

Si les antiphlogistiques sont utiles dans la méningo-encéphalite aiguë et au début de la méningo-encéphalite chronique, ils ne sauraient convenir dès que celle-ci est caractérisée. Leur persistance pourrait jeter l'organisme dans une prostration dangereuse.

C'est aux révulsifs qu'il faut avoir recours. Les plus avantageux sont les vésicatoires appliqués à la nuque et sur le rachis.

Il est deux ordres de moyens contre lesquels l'expérience m'a appris à me défier. Ce sont les sédatifs et les stimulants. Les sédatifs, tels que les opiacés, le chloroforme, donnés pour calmer la céphalalgie ou les spasmes, l'insomnie, le délire, l'agitation, échouent ordinairement. On est cependant encouragé à y recourir, à cause des succès obtenus dans la méningite cérébro-spinale épidémique; mais on est bientôt forcé d'y renoncer.

Les stimulants directs du système musculaire, tels que la noix vomique, la strychnine, la brucine, provoquent des secousses convulsives ou tétaniques; mais ils ne fortifient pas, et la paralysie n'en fait pas moins des progrès.

Dans la méningo-encéphalite chronique, les irrigations

sur le crâne, les bains un peu frais, ceux pris à la rivière, peuvent être avantageux. L'hydrothérapie doit être essayée. Les bains de mer auraient-ils de l'utilité? L'expérience n'a pas suffisamment répondu. Elle n'a pas été assez interrogée à l'égard des bains sulfureux, des bains alcalins, des bains salins; on a vanté ceux de Balaruc. Aujourd'hui que la nature de la maladie est mieux connue, il y aurait lieu de faire de nouvelles recherches.

Dans la méningo-encéphalite chronique, qui tend à la dépression générale des forces, l'indication des toniques ne tarde pas à se présenter : le quinquina, les amers, les antiscorbutiques, les ferrugineux, une nourriture fortifiante, sont les agents qui s'offrent pour remplir cette indication. Il ne faut pas, comme on le croit communément, user largement du vin; la bière serait préférable. Les boissons fortement alcoolisées augmenteraient certainement l'état morbide.

L'oto-cérébrite ou cérébellite, maladie si souvent funeste, n'admet de traitement direct et énergique que dans des cas tout à fait particuliers, comme celui qu'a rapporté M. Jules Roux. Le sujet, forçat du bagne de Toulon, âgé de vingt-cinq ans, avait contracté une otite, qui fut suivie d'abcès dans l'apophyse mastoïde. Une ouverture fistuleuse permit de s'assurer, par l'introduction d'un stylet, que le pus provenait de l'intérieur du crâne. Des douleurs vives, l'insomnie, l'agitation, la fièvre, imposaient l'obligation d'agir. Une couronne de trépan convertit ce trajet en une ouverture assez large, qui donna issue à beaucoup de pus. La guérison fut obtenue, et elle se maintenait encore deux ans après [1].

IV. — MYÉLITE.

La dénomination de *myélite* a été donnée à l'inflammation de la moelle épinière. Il est fâcheux que le mot μυελοσ, dont on a formé celui de myélite, s'applique aussi bien à la

[1] *Union médicale*, 1848, t. II, p. 276.

substance adipeuse contenue dans le canal cylindroïde des os longs, qu'à l'organe si différent que renferme la colonne vertébrale. Mais la confusion est d'autant moins à craindre que l'inflammation de la moelle des os est une maladie plus rare et spéciale, à laquelle on doit donner, avec Gerdy, le nom de *médullite*. Celui d'*osteo-myélite*, qu'on a voulu lui imposer, ne convient pas, en ce qu'il pourrait s'appliquer également à la myélite avec altération des vertèbres.

La connaissance de la myélite est encore peu avancée; elle est de date récente. On en trouve cependant quelques traces dans l'antiquité.

Hippocrate a plusieurs fois mentionné les maladies de la moelle; mais il n'en a pas distingué les divers genres. Il a parlé des fluxions qui, du cerveau, se portent vers cet organe, comme elles auraient pu envahir les yeux, les oreilles, la poitrine, etc. (1). Cette sorte de catarrhe, qui, ajoute-t-il ailleurs, ne se manifeste pas avant la puberté (2), engendre une phthisie qu'il appelle *dorsale* (3), laquelle dépend aussi des pertes séminales trop abondantes (4), et se produit, continue-t-il, quand la moelle dorsale se remplit de sang et de bile (5). Ces notions sont bien vagues; mais des remarques judicieuses les compensent. Ainsi, Hippocrate avait observé que dans les maladies de la moelle, qu'elles proviennent d'une chute ou surviennent spontanément, les membres inférieurs perdent leur sensibilité et leur mouvement, les évacuations sont retenues, ou, si elles ont lieu, c'est sans conscience (6). Voilà des éléments de séméiotique d'une vérité et d'une valeur bien établies depuis.

Galien a consacré deux chapitres aux maladies de la moelle épinière. Il a noté leurs rapports avec les lésions du pharynx et du thorax, c'est à dire avec l'angine, avec la

(1) *Œuvres* d'Hippocrate, trad. de Littré : *Des lieux dans l'homme*, t. VI, p. 295 et 309.
(2) *Ibidem*, *Prénotions coaques*, t. V, p. 701.
(3) *Ibidem*, t. VI, p. 315.
(4) *Ibidem*, *Des Maladies*, liv. II, t. VII, p. 79.
(5) *Ibidem*, *Des Maladies*, liv. III, t. VII, p. 195.
(6) *Prorrhétique*, liv. II, n° 16. (*Œuvres* d'Hippocrate, t. IX, p. 43.)

dyspnée, etc.; mais, surtout préoccupé de la physiologie de la moelle, il n'a pas traité d'une manière particulière l'inflammation de cet organe ([1]).

Il faut arriver à la fin du dix-huitième siècle pour rencontrer quelques aperçus relatifs à cette grave maladie.

J.-P. Frank, qui, dans un discours souvent cité, avait appelé l'attention des médecins sur l'importance et sur ce qu'il a appelé la *dignité de la colonne vertébrale* ([2]), ne pouvait manquer, dans son *Abrégé de Pathologie,* de parler de l'inflammation de la moelle. C'est ce qu'il a fait en traitant de l'encéphalite, et il a insisté sur quelques détails d'anatomie pathologique ([3]).

Plusieurs dissertations furent bientôt après publiées sur le même sujet ([4]). Celle de Macari, intitulée : *De la Spinitis* ([5]), plus connue en France que les autres, n'a pas donné une idée fort exacte de l'inflammation de la moelle. En effet, les observations rapportées manquent des détails les plus essentiels. La première, par exemple, suivie de l'examen cadavérique, ne mentionne qu'un grand amas de lymphe dans le canal vertébral, sans indiquer l'état où se trouvait la moelle; c'était probablement une méningite rachidienne. Les autres faits sont également incomplets; ce sont des cas de guérison qui laissent dans l'incertitude.

A peu près à la même époque, Bergamaschi publiait des observations recueillies avec soin à l'hôpital de Pavie ([6]); et, peu d'années après, Desfray, ayant vu divers cas analogues, présentait à la Faculté de Médecine de Paris une Thèse sur le *Spinitis* ([7]). Plus tard, M. Clot (depuis Clot-Bey) en

([1]) *De locis affectis*, lib. IV, cap. III et IV.

([2]) *De vertebralis columnæ in morbis dignitate oratio.* Papiæ, 1791. (*Delectus opusculorum medicorum*. Ticini, t. II, p. 1.)

([3]) *De cur. hom. morbis Epitome; de Inflamm.*, lib. II. Manheim, 1792, p. 48.

([4]) On cite celles de Haefner : *De medullæ spinalis inflammatione*, Marburg, 1799; de Heer, Erlang, 1814; de Barbaroux, Turin, 1818. (Ollivier, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 302.)

([5]) *Annales cliniques de Montpellier*, 1810, t. XXII, p. 1.

([6]) *Bullet. des Sciences méd.*, par la Soc. méd. d'Émulat. Paris, 1811, t. VII, p. 105.

([7]) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1813, n° 161.

défendait une à Montpellier sous le même titre [1]. A cette dénomination, Harless [2] et Klohss [3] substituèrent celle de *myélite*, devenue classique. Hildenbrand, cependant, préféra se servir du mot *notaeomyelitis* (μυιλον νοταιον) (moelle dorsale), par lequel il intitula le chapitre de ses *Institutiones*, consacré à l'inflammation de la moelle épinière [4]. Mais personne ne l'adopta; pas plus que celui de *Rhachialgitis*, que Joseph Frank venait de proposer [5], réservant le terme de *Rhachialgïa* pour la simple douleur sans fièvre émanant de la colonne vertébrale [6].

L'histoire de la myélite commençait à s'appuyer sur des faits bien observés, et il faut citer ceux recueillis par Pinel fils [7], par Velpeau [8], par M. Brierre [9], par Honoré [10], par M. Bouillaud [11], par M. Cruveilhier [12].

On peut encore indiquer, dans cette période, les observations de Buet [13], Hutin [14], Gassaud [15], Burnet [16], Raikem [17], Hache [18], Duparcque [19], Maisonneuve [20]; ainsi que les exemples présentés dans les Thèses de Rud.

(1) *Recherches sur le spinitis*. (Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1820, nº 54.)

(2) *Dissertat. inaugur, de Myelitide*. Erlangen, 1814.

(3) *De Myelitide*. Halle, 1820. (Trad. dans le *Journ. d'Hufeland*, 1823; indiqué dans *Biblioth. méd.*, 1824, t. V, p. 217.)

(4) *Institutiones practico-medicæ*. Viennæ Austriæ, 1822, t. III, p. 97.

(5) *Praxeos medicæ universæ præcepta*, part. II, vol. I, sect. II. Lipsiæ, 1821, p. 66.

(6) *Ibidem*, p. 37.

(7) *Journal de Physiologie* de Magendie, 1821, t. I, p. 57.

(8) *Revue médicale*, 1826, t. II, p. 248.

(9) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1826, t. II, p. 187.

(10) *Archives*, 1827, t. XIII, p. 412.

(11) *Journal hebdomadaire*, 1828, t. I, p. 227; 1834, t. I, p. 384.

(12) *Anatomie pathologique*, 32e livraison, pl. I et II, etc.

(13) *Journal complémentaire*, 1828, t. XXXI, p. 155.

(14) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828, t. I, p. 37.

(15) *Ibidem*, p. 333.

(16) *Journal hebdomadaire*, 1829, t. V, p. 258.

(17) *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, t. I, p. 228. — *Gazette médicale*, 1837, p. 659.

(18) *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XI, p. 274.

(19) *Transactions médicales*, 1833, t. XI, p. 26.

(20) *Revue médicale*, 1833, t. III, p. 44.

Leonhardi ([1]), Alengry ([2]), Demongeot ([3]), Crouzit ([4]), Alain Dupré ([5]), Constantin ([6]); et quelques faits rapportés dans une dissertation publiée, sans date, à Wurtzbourg, par Alms ([7]).

Abercrombie, complétant son *Traité des maladies de l'encéphale* par une exposition des lésions de la moelle épinière, distinguait l'inflammation et les abcès de cet organe de la méningite rachidienne ([8]).

M. Calmeil, poursuivant ses recherches sur les maladies du système nerveux, avait, dès l'année 1828, soumis à un examen attentif divers cas de myélite ([9]), et cet état morbide n'a point été négligé dans les travaux ultérieurs de cet observateur exact.

Le traité spécial des maladies de la moelle épinière, longtemps élaboré par Ollivier d'Angers ([10]), a réuni la plupart des faits connus de myélite, en a ajouté quelques autres encore inédits, et a présenté l'histoire, alors la plus complète, des diverses formes sous lesquelles se traduit cette maladie.

Mais d'autres travaux ne tardèrent pas à accroître la somme des connaissances sur ce point de pathologie médicale.

Hornung donne une division étiologique de la myélite en quatre espèces, sous les noms de *traumatique, rhumatique, arthritique* et *métastatique* ([11]), et s'appuie sur des faits; l'un d'eux est complété par l'examen nécroscopique. M. Nonat expose avec détail un cas des plus curieux ([12]). Schroeder

([1]) *De Myelitide*. Lipsiæ, 1830.
([2]) Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1826, n° 88.
([3]) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 276.
([4]) *Ibidem*, n° 139.
([5]) *Ibidem*, 1832, n° 56.
([6]) *De la Myélite*. (Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1836, n° 55.)
([7]) *De morborum medullæ spinalis diagnosi*. Virceburgi.
([8]) *Maladies de l'Encéphale*, 1828-35, trad. par Gendrin, p. 508.
([9]) *Journal des Progrès*, 1828, t. XII, p. 138.
([10]) *Maladies de la moelle épinière*, 1825, 1827, 1837, t. II, p. 302.
([11]) *Medicinisch Jahrbucher, etc.* (*Gazette des Hôpitaux*, 1838, p. 114.)
([12]) *Archives*, 3e série, t. I, p. 287.

van der Kolk en fait connaître aussi de fort intéressants (1); d'autres sont publiés par Folchi (2), Stanley (3), Prus (4), Eyrolles (5).

Les recueils des diverses sociétés vouées à la sévère observation contiennent des exemples de myélite qui doivent encore être mis à contribution. Tels sont ceux présentés à la Société anatomique par Monod (1826), Combette (1831), Frédault (1845); à la Société de Biologie par Luys (1854), Laboulbène (1855), Hillairet (1860), Lancereaux (1861); à la Société pathologique de Londres par Boyd (1857), Obre (même année), Wilks (1861).

Il faut enfin mettre en ligne de compte les observations de Rokitansky (6), de Gull (7), de M. Brown-Séquard (8), de M. Baillarger (9), de M. Voisin (10).

Il suffit de cet aperçu, tout incomplet qu'il est, pour juger que les documents ne manquent pas; mais on conçoit que pour en tirer des inductions utiles, pour les faire servir aux progrès de la science, il importe de les classer avec ordre.

En conséquence, nous aurons à examiner d'abord les faits relatifs à la myélite considérée dans sa plus grande simplicité. Plus loin, nous verrons ses complications avec la méningite, l'encéphalite, etc.

Première Série. — *Myélite principalement marquée par la coloration rouge de la moelle.*

Première Observation. — Ancien huissier, de forte constitution, de tempérament sanguin; disposition aux congestions cérébrales. A

(1) Dans van der Lith, *De vitiis nervorum organicis*. Amstelodami, 1838, p. 63.

(2) *Exercitat. anatom. pathol.*, 1840, t. II, p. 183.

(3) *Medico-chirurg. Transactions*, 1840, t. XXIII, p. 81.

(4) *Revue médicale*, 1840, t. IV, p. 373-391.

(5) Thèses de Paris, 1848, nº 62. Quelques autres thèses ont été présentées à la Faculté de Paris : Colffier, 1852, nº 59; Lagarosse, 1855, nº 92.

(6) *A Manual of pathological anatomy.* Transl. London, 1850, t. III, p. 450.

(7) *Guy's hospital Reports*, 1853, 3e série, t. IV, p. 189, et 1862, t. VIII, p. 246.

(8) *Course of Lectures on the Phys. and Path. of the central nervous syst.* Philadelph., 1860, p. 62.

(9) *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 225; 1866, p. 25.

(10) *Méningo-myélite, etc.* Paris, 1865.

cinquante-neuf ans, bronchite aiguë, puis malaise, inquiétude, frissons, inappétence, sommeil fatigant. Bientôt après, sensation singulière d'engourdissement et de fourmillement dans les doigts et dans les pieds; le malade croit marcher sur du coton; chaleur légère, tuméfaction et couleur violacée des mains et des pieds, tête libre, respiration facile, pouls régulier, peu fréquent; agitation la nuit, insomnie, inquiétude, engourdissement plus marqué des membres, douleurs sourdes dans les jambes, rendues aiguës par le mouvement, mais non par la pression des chairs. Sensibilité obtuse dans les membres supérieurs, pouls 90; le sang d'une saignée ne présente rien de remarquable; la paralysie fait des progrès, les membres fléchissent sous le poids du corps, les douleurs s'étendent vers le rachis et deviennent intolérables, elles augmentent par le décubitus sur le dos et par le mouvement; urine naturelle, constipation, agitation, anxiété; la sensibilité et la motilité diminuent notablement dans les membres supérieurs; pâleur de la face, pouls 95, dépressible; tendance des extrémités inférieures à se refroidir, insensibilité et immobilité générales, respiration gênée, expectoration des mucosités très difficile, légers vomissements; la respiration se ralentit, le pouls s'efface. Mort en pleine connaissance, soixante-trois heures après le début. — On reconnaît sur la chemise des taches de sperme, et il paraît que l'émission de ce fluide s'était effectuée dans les derniers moments de la vie. Roideur générale. Vaisseaux cérébraux et cérébelleux injectés. 2 onces de sérosité dans les ventricules. Cervelet assez ferme. Dure-mère rachidienne saine à l'extérieur; elle contient une sérosité sanguinolente, couverte d'yeux à la manière du bouillon gras. Pas d'adhérence entre la dure-mère et la moelle, ni d'épaississement de l'arachnoïde. Engorgement considérable des veines de la moelle. Moelle à l'état normal, jusqu'au niveau des dernières vertèbres dorsales. Là, couleur rouge très marquée, augmentant jusqu'à la terminaison et s'étendant sur la queue de cheval, sans diminution de la consistance, qui est plutôt un peu ferme. Rien de notable dans les autres organes (1).

IIe Obs. — Homme, soixante ans. Juillet, vertiges, tintements d'oreilles, céphalalgie, pupilles rétrécies, intellect libre, vue de l'œil droit trouble. Huitième jour, respiration courte, stertoreuse. Mort la nuit suivante. — Bras droit flasque, le gauche roide. Rigidité des deux membres inférieurs. Substance cérébrale un peu molle. Quelques onces de sérosité dans le canal vertébral, sans altération des méninges. Portion dorsale de la moelle, vers son centre, rosée, rougeâtre, dans la longueur de trois pouces (2).

(1) Duparcque, *Transactions médicales*, 1833, t. XI, p. 26.

(2) Rathem, *Répertoire d'Anatomie et de Physiologie patholog.* de Breschet, t. I, p. 128.

Deuxième Série. — *Myélite avec ramollissement.*

IIIe Obs. — Enfant mâle, vingt-deux mois, coliques et diarrhée. Septembre, fièvre, assoupissement, convulsions des membres inférieurs, suivies de faiblesse, de paralysie du mouvement avec conservation de la sensibilité. Guérison; puis retour des mêmes symptômes, qui disparaissent par l'emploi des douches d'eau chaude salée. Trois mois après, pneumonie, avec récidive des convulsions et de la paralysie. Mort le douzième jour. — Épanchement de sang très abondant entre les vertèbres et la dure-mère, surtout à la région lombaire. Épaississement et dureté de la dure-mère dans cette région et au niveau de la première dorsale, dans toute la circonférence de la gaîne méningienne. Teinte rougeâtre due au voisinage de l'épanchement sanguin. Renflement lombaire de la moelle ramolli, semi-fluide, jaunâtre, mêlé de stries de sang au niveau de la huitième paire dorsale. La substance blanche de la moelle est ferme, et sa densité va en augmentant, jusqu'au renflement cervical, offrant là au scalpel une coupe nette et polie, tandis que la substance grise est molle et rougeâtre. Cette induration s'étend au bulbe, au mésocéphale, aux pédoncules cérébraux et aux tubercules quadrijumeaux (1).

IVe Obs. — Fille, dix ans, sœur atteinte de myélite, frères morts de convulsions. 6 octobre, douleurs dans les membres, sentiment de lassitude générale, légers frissons. 7, marche chancelante, anorexie, soif, vomissements glaireux, constipation, douleurs à la région dorsale. 8, perte du mouvement des membres supérieurs et inférieurs, douleurs dans ceux-ci; pas de rigidité, pas de céphalalgie. 16, intelligence très nette, réponses précises, voix ferme, balancement de la tête d'un côté à l'autre, impossibilité de la relever, de la tenir droite; intégrité de la sensibilité, pas de fourmillements, paralysie plus prononcée aux membres gauches, percussion sur le rachis douloureuse, rétention des matières fécales dans le gros intestin. 17, perte de la sensibilité des mains. 18, intelligence et sens dans l'état normal, engourdissement des membres supérieurs, douleur des épaules, dyspnée, 48 inspirations, pouls faible, 100; rigidité du tronc et des membres. Mort. — Rigidité persistante. Injection des vaisseaux encéphaliques. Au-dessous du renflement cervical, la moelle est alternativement ratatinée et hypertrophiée. La moelle allongée est ferme, excepté dans un espace du volume d'un pois, où elle est ramollie et jaunâtre, à deux lignes au-dessous de la protubérance, avec des points rouges. La moelle épinière est

(1) Ollivier d'Angers, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 350.

ramollie, depuis la fin de la moelle allongée jusqu'à trois pouces de son extrémité inférieure. Ce ramollissement est borné à la moitié postérieure et est surtout évident sur les côtés du sillon médian. La partie centrale de la moelle est d'une couleur jaune verdâtre, piquetée de petits points rouges et de consistance pulpeuse (1).

Ve Obs. — Fille, quatorze ans, grande, mais faible et lymphatique; sans cause connue, hémiplégie presque complète du côté droit, qui se dissipe. Quatre mois après, en mai, faiblesse croissante, paralysie et insensibilité des membres inférieurs, dyspnée, fièvre, décubitus en supination, eschare au sacrum, face rouge, animée; chaleur de la peau, pouls fréquent et développé, langue rouge, toux difficile et empêchée par un sentiment d'oppression sur la partie supérieure et moyenne de la poitrine; évacuation involontaire de l'urine et des matières fécales, sensibilité très obtuse des parois abdominales, faiblesse et tremblement du bras droit, autrefois paralysé. Neuvième jour, légère amélioration. Dixième jour, sueur bornée au cercle supérieur, douleur dans le côté droit de la poitrine et dans la région du foie, phlyctènes sur les jambes. Onzième jour, pas de fièvre, peau insensible jusqu'à la base de la poitrine, respiration seulement diaphragmatique, toux fréquente, laborieuse; légère saillie de la région inférieure et postérieure du cou, sensations douloureuses dans les membres inférieurs par l'effet du galvanisme, pouls fréquent, peau brûlante. Treizième jour, pendant un quart d'heure, accès violent de suffocation, faiblesse générale, pâleur extrême, pouls petit et fréquent. Quinzième jour, paralysie des parois thoraciques, redoublement fébrile, syncope. Seizième jour, mort. — État normal de l'encéphale; seulement, induration circonscrite (consistance de fromage de Gruyère) de la substance médullaire du lobe moyen gauche, immédiatement au-dessus du ventricule latéral. Sang épanché et coagulé entre le canal vertébral et la dure-mère, surtout vis à vis les dernières vertèbres cervicales. A ce niveau, renflement très marqué de la moelle, avec désorganisation de son tissu, qui est rougeâtre et réduit, dans l'étendue d'un pouce, en une espèce de bouillie. Inférieurement, sérosité entre la moelle et ses membranes (2).

VIe Obs. — Garçon, quatorze ans, constitution et santé bonnes. 5 mai, fatigues en portant des fardeaux, mouvement violent de la tête en arrière. 6, courbature, malaise, céphalalgie. 7, roideur du rachis, tête renversée en arrière, mouvements convulsifs, vomisse-

(1) Gerhard, *Americ. Journ. of med. Sciences*, 1835. (*Journ. hebdom.*, 1836, t. I, p. 339.) — La même observation se trouve dans Berton, *Mal. des Enfants*. Paris, 1842, p. 225.

(2) Legouais, dans Lallemand, *Recherches sur l'Encéphale*, t. I, p. 305.

ments. 10, impossibilité d'imprimer un mouvement au tronc sans occasionner de très vives douleurs, membres non engourdis, non contracturés; intelligence nette, pouls 80, extrémités froides, déglutition un peu difficile. 11, délire loquace. 12, pouls 96, développé; intelligence nette. Du 17 au 25, agitation extrême, douleurs de la partie postérieure de la tête très vives. Mort au commencement de juin. — Ramollissement de la moelle épinière, au niveau du trou occipital, dans l'étendue de 3 à 4 centimètres. Au-dessus et au-dessous, la moelle est injectée, avec pointillé rouge remarquable, sans changement de consistance. Pie-mère de la base du cerveau infiltrée de sérosité [1].

VIIe Obs. — Orfèvre, seize ans; dans l'enfance, convulsions; élongation rapide à quinze ans, constitution forte, pas d'excès. Coucher pendant six mois, et en hiver, sur un matelas étendu sur le plancher d'une chambre humide et nouvellement bâtie. Légère indisposition en février. Six jours après, engourdissement, faiblesse des bras, chaleur à la tête, perte de connaissance, doigts fléchis convulsivement. Neuf jours après, fort accès de suffocation, crampes dans les membres, palpitations de cœur, face colorée, pupilles dilatées, yeux fixes et hagards, intégrité de l'intelligence, parole nette, plaintes, sanglots, crampes, membres supérieurs et doigts fléchis, ainsi que les orteils; forte contraction des muscles des régions antérieures des membres thoraciques et postérieures des jambes; muscles abdominaux et masseters contractés, suffocations réitérées, crampes des membres supérieurs, dilatation des pupilles, pouls 96 à 100, peau chaude et moite, sueurs générales, constipation. Amélioration. Par erreur, le vingt-deuxième jour, on donne un bain trop froid; retour des crampes et des étouffements; cependant, sommeil; rétention d'urine, suffocation précédant la déglutition des liquides, pouls 120, sueurs, soubresauts des tendons. Mort. — Injection de la dure-mère rachidienne. Fluide rachidien abondant, surtout à la région cervicale. Teinte rosée des cordons nerveux de la queue de cheval. Injection considérable des deux faces de la moelle, principalement de la face postérieure. Moelle consistante, surtout à sa face antérieure, dans toute son étendue. Vers le renflement supérieur et dans la moitié antérieure existe un ramollissement crémeux, rouge jaunâtre, dans un espace bien délimité de 8 à 10 lignes. Veines et sinus cérébraux distendus. Organes encéphaliques de consistance normale. Teinte lilas de la substance grise. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux et dans le cinquième ventricule [2].

[1] Guersent, *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 311.

[2] Bouillaud, *Journ. hebdom.*, 1834, t. I, p. 384, et *Maladies du cœur*, t. I, p. 364.

VIII° Obs. — Fille, seize ans, non réglée. Céphalalgie en septembre et octobre. En novembre, convulsions violentes revenant par accès, battements du cœur tumultueux, intellect intact. Deuxième jour, état comme apoplectique, perte du sentiment et du mouvement, dyspnée. Mort dans la journée. — Cœur un peu volumineux. Vaisseaux cérébraux pleins de sang, ainsi que ceux du rachis. Ramollissement complet de la moelle au niveau des premières vertèbres dorsales (1).

IX° Obs. — Maçon, dix-huit ans, lymphatique, peu fort, peu intelligent. Janvier, refroidissement, malaise, fièvre, souffrances dans les reins, les pieds, les mains; possibilité de marcher. 8 mars, face amaigrie, pommettes colorées, peau chaude, soif vive, langue sèche, pouls 108, décubitus horizontal, membres inférieurs immobiles, sensibilité cutanée exagérée à tout le cercle inférieur, jusqu'au niveau de la sixième côte; rien de pareil au cercle supérieur; rétention d'urine. Pas de céphalalgie, ni de délire, ni de bourdonnements d'oreilles; vomissements, râles muqueux et ronflants dans le côté gauche de la poitrine, en arrière; râle crépitant fin à la base du poumon du même côté. Mort le 10, dans un état d'asphyxie. — A la région cervicale, à la partie inférieure de la région dorsale, ramollissement pultacé de la partie centrale de la moelle. La substance grise est réduite en une sorte de pulpe d'un blanc sale, qu'on aurait pris pour du pus, mais qui résultait d'un mélange de matière grise et de sang. Ce ramollissement intéresse à peine les couches les plus voisines de la substance blanche, qui, toutefois, est gonflée et fait paraître la moelle comme renflée. Méninges rachidiennes injectées, mais sans traces d'inflammation. Granulations tuberculeuses de la pie-mère dans les scissures de Sylvius. Poumons remplis de tubercules miliaires (2).

X° Obs. — Fille, réglée à onze ans. A quinze, frayeur vive, accès d'épilepsie, affaiblissement intellectuel, idiotisme. A vingt ans, attaques rapprochées, mouvements désordonnés des membres, fréquence du pouls. Mort. — Crâne épais, dur. Dure-mère adhérente aux os. Arachnoïde et encéphale injectés et sains. Vaisseaux rachidiens pleins de sang. Ramollissement pultacé, jaunâtre, diffluent de la moelle, depuis la région cervicale jusqu'à la région lombaire (3).

XI° Obs. — Femme, vingt-deux ans, robuste, pléthorique, menstruée à seize ans. Accouchement, froid; les lochies s'arrêtent;

(1) Barbier, d'Amiens, *Matière médicale*, t. I, p. 490.

(2) Jadioux, *Union médicale*, 1847, t. I, p. 137.

(3) Pinel fils, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1821, t. I, p. 57.

ments. 10, impossibilité d'imprimer un mouvement au tr... occasionner de très vives douleurs, membres non engo... contracturés; intelligence nette, pouls 80, extrémités fr... tition un peu difficile. 11, délire loquace. 12, pouls ... intelligence nette. Du 17 au 25, agitation extrême ... partie postérieure de la tête très vives. Mort au ... juin. — Ramollissement de la moelle épinière ... occipital, dans l'étendue de 3 à 4 centimèt... dessous, la moelle est injectée, avec poin... sans changement de consistance. Pie-mè... infiltrée de sérosité (1).

... Obs. — Fille, seize ans, non ... En novembre, convulsions ... du cœur tumultueux, intel... apoplectique, perte du senti... dans la journée. — Cœur ... pleins de sang, ainsi que ceux du ... moelle au niveau des premières vertèbres ...

VII° Obs. — Orfèvre, seize ans; ... huit ans, lymphatique, peu fort, ... élongation rapide à quinze ans, ... tissement, malaise, fièvre, souffrances ... Coucher pendant six mois, et en ... mains; possibilité de marcher. 8 mars, ... le plancher d'une chambre hum... tés, peau chaude, soif vive, langue ... indisposition en février. Six jo... zontal, membres inférieurs immo- ... des bras, chaleur à la tête, ... tout le cercle inférieur, jusqu'au ... convulsivement. Neuf jours ... jusqu'au cercle supérieur; réten- ... dans les membres, palp... ni de tourbillonnements dans le crâne ... dilatées, yeux fixes et ... roulants dans la base du ... nette, plaintes, sangl... fin à la base du ... fléchis, ainsi que le ... asphyxie. — A la ... régions antérieures ... dorsale, ramol- ... jambes; muscles ... La substance ... réitérées, cramp... qu'on aurait ... pouls 96 à 100 ... tion. Amélio... un bain tro... dant, som... des liqu... Injecti... surto... la ... m...

... inflam- ...ures nerveuses ... Les régions lombaire ... Suppuration commençante dans ...ns, et traces d'inflammation dans

...me, vingt-sept ans, nerveuse, accusée de vol, ... règles. Le troisième jour, anéantissement complet de l'entendement. Au bout d'un mois et demi, la stupeur ...u; état de démence, parole difficile, inertie des membres; ...ois, colère; embonpoint. Quinze mois après, vers le 15 janvier, ...nvulsions, bouche écumeuse, yeux renversés, grincements des ...ts, serrement tétanique des mâchoires, carus, pouls développé, ...uent, irrégulier; dyspnée, déjections involontaires, sueur abon-...e. Mort le troisième jour. — Crâne épais, injecté. Dure-mère ...e. Traces d'ancienne méningite crânienne. Cerveau et cervelet

...lms, De morbor. medullæ spinalis diagnosi. Wirtb., p. 79.

... Gull, Guy's hospital Reports, 1858, 3e série, t. IV, p. 189.

organisation pultacée, jaunâtre de la moelle, du niveau
vicale à celui de la 1re lombaire. Un peu de sérosité
r de la partie inférieure de la moelle (1).

mme, trente-quatre ans, bien constitué, de mœurs
novembre, en sortant du lit, perte du mouve-
nite; en même temps, douleur dans la région
hypochondres; point d'altération de la sen-
trajet du nerf sciatique; urine évacuée
mmoniacale; priapisme fréquent avec
t d'un mois, possibilité de marcher
le la hanche est difficile. Retour du
une semaine, paraplégie subite;
amaigrie et sans mouvement,
ur de fréquents mouvements;
d'une bouteille d'eau trop
zaine de jours. — Reste
ieur gauche. Rachis et
luide cérébro-spinal
la région dorsale,
d'un pouce, avec pré-
issu. Dans la colonne laté-
les capillaires sont incrustés de
n enlevant la matière graisseuse, laisse
at en apparence normal. Cette altération est
roit du cordon rachidien. Reins congestionnés,
es (2).

Obs. — Homme, trente-cinq ans, robuste, sanguin. Le 30 mai, tombe dans l'eau sans choc, il nage, gagne le bord, et conserve pendant demi-heure ses habillements mouillés. Peu de temps après, douleurs dans les lombes, puis dans les cuisses et les jambes, avec sensation de fourmillement; pas de fièvre, vomissements. 10 juin, paralysie de la vessie, paralysie et anesthésie des membres inférieurs, pouls petit et fréquent, pâleur de la face, avec légère teinte violacée; intelligence libre, rétention d'urine, constipation. 15, eschare au sacrum. 18, accès de fièvre, urines rouges, épaisses, d'odeur ammoniacale; sueurs copieuses, amaigrissement, faiblesse, impossibilité de remuer les bras et la tête, délire vague. Mort le 24. — Ramollissement de la moelle, depuis la 4me cervicale jusqu'à l'extrémité inférieure, plus marqué au niveau de la 7me cervicale. Injection très prononcée dans la partie diffluente. Le renflement inférieur

(1) Pinel fils, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1821, t. I, p. 54.
(2) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1854, 3e série, t. IV, p. 187.

apparition des menstrues, qui sont supprimées par le refroidissement des extrémités; pieds engourdis, perte du mouvement et de la sensibilité, pesanteur des membres supérieurs; la paralysie se prononce; douleur, chaleur dans le rachis; tout mouvement du tronc est empêché; vertiges, céphalalgie, stupeur, face rouge, pupilles dilatées, dyspnée, vomissements bilieux et muqueux, pouls lent, membres supérieurs paralysés, plus au côté droit, dysphagie, œsophage paralysé, rachis immobile. Mort. — Vaisseaux de la dure-mère spinale très injectés. Sérosité dans le canal rachidien. Artères spinales pleines de sang, de la 5me cervicale à la 6me thoracique. Dans cet espace, moelle molle, convertie en une matière blanchâtre. Extravasation sanguine dans l'arachnoïde cérébrale. Cerveau sain (1).

XIIe Obs. — Homme de peine, vingt-cinq ans, de constitution délicate; il fait un effort pour soulever un poids, le 22 novembre; il sent aussitôt une douleur dans le dos; cependant, il peut se rendre à son domicile, distant d'un mille et demi, et, le lendemain, il est assez bien. Mais, le troisième jour, en s'éveillant, il se trouve les jambes paralysées. Le 26, la paraplégie est complète; déjà une eschare se forme sur le sacrum, et une urine ammoniacale coule goutte à goutte de la vessie. Mort le 2 janvier. — Pas de traces de lésion des vertèbres, ni de leurs ligaments. Mais, au niveau des 5me et 6me dorsales, la moelle est ramollie dans l'épaisseur de toutes ses colonnes et convertie en un fluide épais, muco-puriforme, verdâtre, mêlé de couleur brune. Malgré ces apparences dénotant une inflammation, le microscope n'a fait découvrir que des fibres nerveuses brisées, dissociées, et des granules irréguliers. Les régions lombaire et cervicale diffèrent de l'état normal. Suppuration commençante dans la substance corticale des reins, et traces d'inflammation dans leur muqueuse (2).

XIIIe Obs. — Femme, vingt-sept ans, nerveuse, accusée de vol, suppression des règles. Le troisième jour, anéantissement complet des sens et de l'entendement. Au bout d'un mois et demi, la stupeur a disparu; état de démence, parole difficile, inertie des membres; parfois, colère; embonpoint. Quinze mois après, vers le 15 janvier, convulsions, bouche écumeuse, yeux renversés, grincements des dents, serrement tétanique des mâchoires, carus, pouls développé, fréquent, irrégulier; dyspnée, déjections involontaires, sueur abondante. Mort le troisième jour. — Crâne épais, injecté. Dure-mère mince. Traces d'ancienne méningite crânienne. Cerveau et cervelet

(1) Alms, *De morbor. medullæ spinalis diagnosi*. Wirzb., p. 79.

(2) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1858, 3e série, t. IV, p. 189.

sains. Désorganisation pultacée, jaunâtre de la moelle, du niveau de la 4me cervicale à celui de la 1re lombaire. Un peu de sérosité roussâtre autour de la partie inférieure de la moelle (1).

XIVe Obs. — Homme, trente-quatre ans, bien constitué, de mœurs dissolues. A la fin de novembre, en sortant du lit, perte du mouvement dans la jambe droite; en même temps, douleur dans la région lombaire, s'étendant aux hypochondres; point d'altération de la sensibilité, mais douleur sur le trajet du nerf sciatique; urine évacuée par le catheter, elle est ammoniacale; priapisme fréquent avec émission spermatique. Au bout d'un mois, possibilité de marcher avec une canne, mais la flexion de la hanche est difficile. Retour du genre de vie antérieur. Au bout d'une semaine, paraplégie subite; c'était à la fin d'avril; jambe droite amaigrie et sans mouvement, jambe gauche moins paralysée, agitée par de fréquents mouvements; érysipèle de ce membre par l'application d'une bouteille d'eau trop chaude; fièvre, et mort au bout d'une quinzaine de jours. — Reste d'inflammation et d'abcès au membre inférieur gauche. Rachis et méninges rachidiennes dans un état naturel. Fluide cérébro-spinal abondant et limpide. A la partie supérieure de la région dorsale, ramollissement de la moelle dans l'étendue d'un pouce, avec présence de cellules d'exsudation dans son tissu. Dans la colonne latérale droite, le tissu est atrophié et les capillaires sont incrustés de globules adipeux. L'éther, en enlevant la matière graisseuse, laisse les vaisseaux dans un état en apparence normal. Cette altération est limitée au côté droit du cordon rachidien. Reins congestionnés, pesant 12 onces (2).

XVe Obs. — Homme, trente-cinq ans, robuste, sanguin. Le 30 mai, il tombe dans l'eau sans choc, il nage, gagne le bord, et conserve pendant demi-heure ses habillements mouillés. Peu de temps après, douleurs dans les lombes, puis dans les cuisses et les jambes, avec sensation de fourmillement; pas de fièvre, vomissements. 10 juin, paralysie de la vessie, paralysie et anesthésie des membres inférieurs, pouls petit et fréquent, pâleur de la face, avec légère teinte violacée; intelligence libre, rétention d'urine, constipation. 15, eschare au sacrum. 18, accès de fièvre, urines rouges, épaisses, d'odeur ammoniacale; sueurs copieuses, amaigrissement, faiblesse, impossibilité de remuer les bras et la tête, délire vague. Mort le 24. — Ramollissement de la moelle, depuis la 4me cervicale jusqu'à l'extrémité inférieure, plus marqué au niveau de la 7me cervicale. Injection très prononcée dans la partie diffluente. Le renflement inférieur

(1) Pinel fils, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1821, t. I, p. 54.
(2) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1854, 3e série, t. IV, p. 187.

est extrêmement ramolli et d'un rouge vif. Arachnoïde spinale assez injectée sur les points où la moelle est affectée (1).

XVIe Obs.— Femme de mœurs corrompues, frappée sur la tête et le dos pendant qu'elle était ivre. Douleurs générales; et principalement vers les régions dorsale et lombaire; de plus, tension de l'abdomen, muscles du cou roides, peau chaude, pouls 95, petit. Au bout de quelques jours, vive sensibilité de la peau, vomissements, sueur abondante, pouls 108; puis convulsions épileptiformes, suppression d'urine, pas de lésions des sens, ni de paralysie; symptômes de péritonite. Mort le vingt-cinquième jour à dater des coups reçus. — Péritonite partielle. Ovaires malades. Abcès entre l'utérus et le rectum, etc. Pas d'apparences de méningite rachidienne; seulement, le fluide sous-arachnoïdien est abondant et clair; et, du reste, l'arachnoïde est très saine, sans exsudation. Mais une incision faite à la moelle y démontre une grande vascularité, une mollesse notable, surtout dans les portions lombaire et dorsale (2).

XVIIe Obs. — Homme de peine, trente-sept ans, paraissant plus âgé, grand et mince, brun; généralement, bonne santé. 1er juillet, travaillant dans l'eau, il tombe et se frappe le côté gauche du tronc, près de la région du cœur. Depuis ce temps, dérangements successifs, diarrhée. 10 août, légère douleur dans le dos, qui augmente et devient très vive vis à vis les 8me et 10me vertèbres dorsales, et s'étendant un peu au-dessus et au-dessous et sur les côtés, principalement vers l'épigastre. Cette douleur est augmentée par le mouvement, et la respiration est trés gênée; il y a aussi un sentiment de roideur et d'engourdissement; pouls 90, plein et dur; peau sèche et chaude. 14 août, engourdissement des membres inférieurs, avec perte du mouvement volontaire et insensibilité jusqu'au niveau de l'ombilic; puis diminution de la sensibilité et de la motilité des membres supérieurs, muscles de la face plus contractiles à gauche qu'à droite, sans entraîner de déviation de la bouche; légères douleurs au derrière de la tête et dans les bras; la tête ne peut être mue sans souffrance vive. Ni douleur, ni spasmes dans les membres inférieurs; rétention d'urine, qui est sanguinolente, fortement ammoniacale et sédimenteuse; déjections involontaires; dyspnée, dysphagie, parfois léger délire; eschare au sacrum. Mort le 3 septembre. — Abcès considérable dans les muscles profonds de l'épine; il n'y avait eu ni tuméfaction ni altération des téguments. Abondante quantité de pus et de lymphe dans le canal vertébral, en dehors de la dure-mère, jusqu'à la deuxième vertèbre cervicale. Arachnoïde

(1) Eyrolles, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1848, n° 62, p. 17.

(2) M. Dowel, *Dublin quarterly Journal*, 1851, t. I-II, p. 464.

et pie-mère saines, à l'exception d'une sorte d'ecchymose de cette dernière, sur la partie antérieure de la moelle. Moelle paraissant élargie, ramollie, presque diffluente, d'une couleur brunâtre; plus ou moins foncée ou pâle, sans possibilité de distinguer les colonnes médullaires. Cette désorganisation est moindre à la région cervicale, et très prononcée dans les régions dorsale et lombaire. D'ailleurs, point d'injection vasculaire, ni de pus, ni d'hémorrhagie dans le tissu de la moelle. Épanchement séreux abondant dans les plèvres. Vessie contenant beaucoup d'urine, tapissée par une fausse membrane, etc. (1).

XVIIIe Obs. — Militaire, trente-huit ans, constitution vigoureuse; étant, en octobre, à San Lucar (Espagne), il se baigne à la mer lorsqu'il était en sueur. Immédiatement, douleurs lombaires, qui augmentent en décembre. Le 20 février suivant, engourdissement et fourmillements le long du rachis et des membres, douleurs intolérables; embonpoint conservé, sensibilité non éteinte, mouvements impossibles, lenteur extrême des évacuations urinaire et alvine. En septembre, coucher en supination, immobilité générale, maigreur, fièvre continue, odeur ammoniacale provenant de l'incontinence d'urines, douleurs très fortes arrachant des cris fréquents, eschare, carie du sacrum. Mort le 16. — Encéphale très sain. Partie supérieure de la moelle ramollie et bleuâtre. En divers autres points, notamment à sa face antérieure, cet organe est réduit en une sorte de bouillie grisâtre. Pas de rougeur ni d'injection des méninges environnantes (2).

XIXe Obs. — Femme, quarante ans, bien portante. En juillet, forte percussion sur la région lombaire; pas de perte de connaissance, ni d'étourdissement; mais douleur locale, qui ne tarde pas à disparaître. Au bout de deux mois, douleur et élancements dans le pied droit, puis à la jambe, et ensuite à la cuisse, avec mouvements brusques et rapides; affaiblissement musculaire, marche difficile. En novembre, bon état général; membre inférieur droit peu mobile, conservant sa chaleur et sa sensibilité; mouvements convulsifs avec élancements douloureux dans le membre inférieur gauche. Le 29, les mouvements convulsifs s'étendent au membre supérieur droit, puis surviennent des convulsions générales; la connaissance se perd, la tête, le tronc, les membres, sont portés rapidement de l'extension à la flexion, *et vice versà;* yeux tournés en haut, pouls plein et fort, respiration presque nulle. Mort peu d'instants après. — Cerveau sain. Cervelet un peu mou. Pas de méningite. Renflement inférieur

(1) Jackson, *American Journal of med. Sciences,* 1847, jan., p. 62.

(2) Garraud, *Bibliothèque médicale,* 1828, t. I, p. 333.

de la moelle ramolli en arrière, des deux côtés, dans la longueur de 18 lignes, et à la profondeur d'une ligne. La substance blanche est comme crémeuse et un peu rosée ([1]).

XX[e] Obs. — Homme, quarante ans, robuste; violente percussion au centre de la région palmaire droite. Aussitôt, douleur aiguë suivant la longueur du bras et allant retentir dans la tête; les os du métacarpe étaient brisés; douleur sourde et profonde dans la région cervicale, avec engourdissement sur le trajet des nerfs des bras, surtout du droit; torpeur, affaiblissement; enfin, mouvements lents et difficiles de ces membres, progrès de la paralysie, amaigrissement des membres inférieurs, yeux brillants, langue sèche, tremblante; voix faible, respiration lente, rétention d'urine, pouls dépressible, avant-bras droit à demi-fléchi, très douloureux quand on essaie de l'étendre; parfois, secousses dans ce bras, douleur sourde ou lancinante dans le cerveau, décubitus dorsal, inappétence, constipation. Mort. — Moelle cervicale ramollie, dans ses deux tiers inférieurs, sur plus de la moitié de son épaisseur. Sa substance paraît gélatiniforme, de couleur gris jaunâtre, traversée par des capillaires dilatés; quelques-uns s'étaient rompus, d'où des taches rouge-brique passant au vert, au jaune, au rose. Méninges voisines injectées. Les deux substances de la moelle ne pouvaient être distinguées ([2]).

XXI[e] Obs. — Femme, quarante-un ans, teinturière, lymphatique, réglée à quatorze ans; accouchements naturels; bonne santé. En mai, douleurs dans le rachis, principalement à la région cervicale; mouvements douloureux dans cette région et difficiles dans les membres supérieurs, surtout dans le gauche; digestions pénibles, constipation. En août, fourmillements, froid très grand dans les mains et les pieds, paralysie dans les membres inférieurs, station debout impossible, mais possibilité de s'asseoir; les membres inférieurs peuvent encore changer de place. En novembre, ils maigrissent rapidement. En décembre, décubitus dorsal, perte absolue de tous mouvements du tronc, des membres inférieurs, et de la tête sur le tronc, même des mouvements de latéralité de la tête; légère motilité dans le membre supérieur gauche, dont les doigts sont un peu contracturés; selles et urines involontaires, conservation de la sensibilité cutanée, seulement un peu diminuée dans le membre inférieur droit; conservation de l'intelligence, intégrité de la parole et des sens, eschares aux ischions, inappétence, pas de fièvre; contractilité et sensibilité électro-musculaires entièrement éteintes dans les jambes, diminuées dans les cuisses; excitabilité électrique encore

([1]) Genest (clinique de Chomel), *Gazette médicale*, 1831, p. 34.
([2]) Luigi del Punta, *Gazz. toscana*. (*Expérience*, 1844, t. XIV, p. 76.)

assez grande dans les poplités pour faire entrer en contraction les muscles placés sous leur dépendance, et qui ne se sont pas contractés par une excitation directe. Contractilité électrique nulle dans les muscles de la région antibrachiale droite, diminuée dans ceux de la région postérieure de l'avant-bras du même côté, dans les muscles du bras gauche, dans les pectoraux, les trapèzes et les muscles de la région sous-épineuse. On voit quelques rares contractions fibrillaires dans les membres supérieurs. Mort le 26. — Cordons antérieurs de la portion cervicale de la moelle injectés et diffluents dans une étendue de six centimètres à peu près à partir de la 4me vertèbre cervicale. Ce ramollissement, qui forme une sorte de bouillie, contraste avec la fermeté des cordons postérieurs, qui ne sont pas même injectés. Dans tous les autres points, la moelle et ses enveloppes n'offrent rien d'anormal. Intégrité parfaite du cerveau et de ses membranes. Rien de particulier dans les autres organes (1).

XXIIe Obs. — Femme, quarante-deux ans, ayant eu deux enfants, de forte constitution; il y a sept ans, asphyxie par le charbon en faisant la cuisine. Depuis, sensibilité diminuée, engourdissement, gêne du mouvement dans le côté droit du tronc et dans les membres droits, marche de plus en plus difficile, diplopie par strabisme convergent, voix affaiblie; parfois, toux sèche, dyspnée, motilité absolument détruite dans le membre inférieur droit, sensibilité diminuée au tronc et aux membres, atrophie des membres, surtout des supérieurs et des droits; doigts de la main droite fortement fléchis; accès de suffocation, avec pâleur et faiblesse extrêmes, les 14 et 21 janvier. Mort le 25. — Amaigrissement considérable du sujet. Méninges et encéphale injectés. Adhérences à la voûte de chaque côté de la faux. Face postérieure du bulbe rachidien rude au toucher. A la partie inférieure du calamus scriptorius, coloration rouge s'étendant sur la moelle épinière; aux mêmes points, ramollissement. La moelle, peu volumineuse, baigne dans un liquide séreux. Les faisceaux postérieurs sont rouges et confondus en une masse gélatiniforme dans toute la longueur de la moelle. Les nerfs de la queue de cheval sont réduits à leur névrilème. Poumons tuberculeux (2).

XXIIIe Obs. — Femme, quarante-trois ans, domestique, robuste, cessation des règles depuis quatre mois; deux ulcérations superficielles et rouges de la voûte palatine. 7 août, douleurs dans les lombes et dans les jambes, marche fatigante, secousses convulsives dans l'extension des membres inférieurs : paralysie du gauche,

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*. Paris, 1861, p. 262.

(2) Frédault, *Bulletin de la Société anatomique*, 1845, p. 226.

faiblesse du droit, sensibilité obtuse des deux; fourmillements aux jambes et à la plante des pieds, rétention d'urine, défécation involontaire. Mort le 8 octobre. — Encéphale sain. Développement notable de la substance grise de la moelle; elle est rosée, injectée, ramollie. Cette altération s'étend jusqu'au niveau de la 5me vertèbre dorsale, et même un peu au-dessus; et s'étend jusqu'à la terminaison de la moelle. La substance blanche, en arrière très amincie, laisse presque à nu la substance grise, hypertrophiée. Faisceaux antérieurs intacts (1).

XXIVe Obs. — Homme, cinquante-deux ans, perte subite des forces, chute. Quinze jours après, suppression des urines et des selles, vue, ouïe, intellect à l'état normal; pas de céphalalgie, somnolence, pouls petit, faible, intermittent; cou roide, mouvement et sensibilité détruits dans le cercle inférieur jusqu'à l'épigastre, et seulement affaiblis au thorax et aux membres supérieurs; respiration diaphragmatique. Mort vers le vingt-unième jour. — Encéphale sain. Méninges rachidiennes en bon état. Vis à vis les 3me et 4me vertèbres cervicales, la moelle est réduite en une bouillie diffluente, d'un gris noirâtre (2).

XXVe Obs. — Homme, cinquante-quatre ans; il y a plusieurs années, chute sur la tête, puis bonne santé. Premiers jours de mai, roideur du cou, douleur vive vers la 7me vertèbre cervicale, s'étendant entre les épaules; engourdissement des membres supérieurs, travail impossible, puis sensation de poids et de tiraillement à la région sternale. 27 mai, paralysie du sentiment et du mouvement du tronc et des membres, entendement sain, voix très faible, pouls petit, contracté, régulier; langue sèche, rouge; soif vive, appétence, tête fléchie en avant, dyspnée; tumeur produite par le développement du foie; rétention d'urine, accumulation de matières stercorales. Mort le 7 juin. — Encéphale sain. Moelle épinière, à partir du milieu de la région cervicale jusqu'à deux pouces plus bas, tellement ramollie qu'elle s'écoule en bouillie diffluente et grisâtre à travers l'incision des membranes. Moelle saine au-dessus et au-dessous. Corps de la 4me vertèbre détaché du fibro-cartilage qui l'unit à la 7me, sans ramollissement ni carie (3).

XXVIe Obs. — Ancien militaire, cinquante-cinq ans, aliénation mentale; parole et mouvements libres. 9 novembre, perte subite de connaissance, décubitus sur le dos, paralysie des quatre membres,

(1) Charcelay, dans Ollivier d'Angers, *Mal. de la moelle épinière*. Paris, 1837, t. II, p. 451.
(2) Buet, *Journal complémentaire des Sciences médicales*, 1828, t. XXXI, p. 155.
(3) *Idem, ibidem*, p. 156.

du bras gauche; à droite, mouvements convulsifs du
ambe, érection du pénis, fièvre. 10, résolution com-
ecousses convulsives des membres droits, reste de
aire dans les membres gauches; insensibilité
nterne de l'œil droit, externe du gauche;
n de l'entendement, pouls fréquent, peau
yeux, pupilles immobiles, respiration
lsifs du diaphragme et des membres
ion du bras gauche; mouvements
lu même côté, pas de signes de
l'eau froide sur la face ou sur
re adhérente au crâne, qui
a grande cavité de l'arachnoïde.
ertèbre cervicale à plusieurs pouces
e se trouve comme fondue en une sorte
ageâtre (1).

E..., médecin, cinquante-neuf ans; depuis quelque
urs dans le bras gauche et léger amaigrissement des
e ce membre, attribués à une affection rhumatismale; puis
ent de froid entre les épaules et le long de l'épine. Quelques
ois après, pendant le sommeil, une évacuation alvine a lieu involontairement; c'était en été. Au commencement de mars suivant, vomissement bilieux avec douleur dans l'hypochondre droit; néanmoins, le Dr E... peut remplir encore les devoirs de sa profession, et même donner une leçon publique dans la soirée du 29 mars; faiblesse et tremblement. Le lendemain matin cependant, visite chez ses malades; mais, le soir, sentiment de constriction douloureuse dans les deux bras, et surtout aux épaules. Le 31, de bonne heure, faiblesse des membres inférieurs, qui augmente rapidement. Le 3 avril, immobilité des deux côtés de la face; mais les yeux se ferment encore à demi par la volonté; le nerf de la cinquième paire ne paraît pas affecté, si ce n'est une légère anesthésie de la première branche gauche; mouvements des yeux, vue, ouïe, goût, déglutition restés à l'état normal; respiration principalement abdominale, les dernières côtes demeurent immobiles; engourdissement des doigts des deux mains, mouvements libres des deux membres supérieurs, coucher en supination, avec les membres inférieurs étendus et sans force; muscles flasques, que n'excite pas le chatouillement de la plante des pieds, lesquels sont insensibles; les sphincters conservent leur action. Urine pâle, jaunâtre, acide. Intellect dans un état parfait; langue s'avançant en droite ligne, parole très facile, excepté

(1) Calmeil, *Journal des Progrès*, 1828, t. XII, p. 138.

pour les mots qui exigent le concours des lèvres; pouls 72, respiration paisible. 6, léger retour de la mobilité de la face, paraplégie persistante. 8, respiration faible, surtout abdominale; langue sèche et brune, incontinence d'urine. Quand on parle au malade, il répond bien, mais seul il délire; mouvements des bras faibles, légers soubresauts. Mort dans la soirée, la respiration ayant cessé graduellement. — Rigidité cadavérique bien prononcée aux membres supérieurs et inférieurs. Tissu adipeux sous-cutané abondant au thorax et à l'abdomen. Muscles des membres inférieurs bien développés. Bras gauche un peu moins musculeux que le droit. Dépôt de graisse abondant à la base et sur le ventricule droit du cœur. Valvules saines. Aorte athéromateuse. Poumons sains. Anciennes adhérences entre le foie et le diaphragme. Voies urinaires en bon état. Circonvolutions des hémisphères séparées par une sérosité limpide sous-arachnoïdienne, sans autre lésion cérébrale. Troncs des nerfs cérébraux sains. Artères vertébrales et basilaire opaques et roides. Parois rachidiennes saines. Moelle ramollie aux régions cervicale et dorsale. Pas d'autre altération apparente à l'œil nu. Mais la moelle et le bulbe étant durcis par le procédé de Lockardt Clarke (alcool et acide acétique), on découvre, au microscope, dans ces organes, et principalement à la région lombaire, à la partie supérieure de la région cervicale et dans la moelle allongée, des cellules d'exsudation déposées dans leur tissu, sans aucune solution de continuité. Ces cellules sont récentes, exemptes de toute dégénérescence adipeuse. Dans la région cervicale du côté gauche, il y a destruction de la commissure grise et développement de tissu fibreux à sa place (¹).

XXVIIIᵉ Obs. — Femme, soixante-quatre ans, réglée jusqu'à quarante-six ans, a eu quatre enfants. A la fin de janvier, fatigues excessives pour faire la cuisine pendant dix jours, et ensuite pendant douze jours pour veiller une malade. Courbature dans les membres et dans les lombes, douleur vive au 8ᵐᵉ espace intercostal droit, respiration pénible; la douleur se porte à gauche et suit la ceinture, à la base du thorax, puis elle remonte entre les épaules; toux douloureuse; néanmoins, amélioration, possibilité de marcher et de s'occuper; mais bientôt la jambe droite est paralysée, et deux jours après la gauche; rétention d'urine, évacuation involontaire des matières fécales. Ni crampes, ni fourmillements; sensibilité complètement émoussée aux membres inférieurs; cependant, en chatouillant la plante du pied gauche, les muscles de la jambe se contractent; les courants électriques provoquent aussi la contractilité; température des membres paralysés, 33 et 34°; état normal des membres

(¹) W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 1858, 3ᵉ série, t. IV, p. 184.

supérieurs, du cœur et de la respiration; la douleur qui existe sur tout le trajet du rachis, n'est rendue plus vive en un point ni par la pression, ni par la percussion, ni par l'éponge imbibée d'eau chaude; eschare au sacrum, pouls 110, dyspnée, etc. Mort le 28 avril. — Un peu de sérosité dans l'arachnoïde. Carotides athéromateuses. Épaississement de l'épendyme. Au niveau du renflement cervical, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres, la moelle forme une bouillie épaisse, rougeâtre, adhérente à la pie-mère, pénétrée de nombreux vaisseaux gorgés de sang; divisée en plusieurs endroits, elle offre une coloration grisâtre, teintée de rose hortensia. La substance grise a complètement disparu [1].

XXIXe Obs. — Femme, paralysie incomplète du sentiment et du mouvement, station debout impossible. — Les deux cordons médians et postérieurs de la moelle sont convertis en une pulpe molle, gris rosée, pénétrée de vaisseaux sanguins. Cette altération va en diminuant de bas en haut jusqu'au bulbe. Racines postérieures des nerfs spinaux très grêles, surtout en bas [2].

TROISIÈME SÉRIE. — *Myélite avec production de pus.*

XXXe Obs. — Enfant, ayant souffert du ventre depuis un mois, ce que les parents attribuent à la dentition; on s'aperçoit que la région lombaire du rachis offre une courbure à droite; il y a des mouvements spasmodiques dans le membre inférieur droit; puis surviennent des convulsions, ensuite des symptômes d'hydrocéphalie, et bientôt après la mort, sans qu'il y ait eu de paralysie. — La tête est dilatée, les sutures sont écartées, la pie-mère très rouge. Sérosité jaunâtre à la surface du cerveau, dans les ventricules et dans le canal rachidien. De la 1re à la 12me vertèbre dorsale, la moelle est volumineuse et contient, dans son centre, un kyste oblong ayant 4 lignes de diamètre et des parois d'une ligne d'épaisseur, d'un tissu ferme, résistant, entouré de tous côtés de substance blanche. Ce kyste contient une matière purulente épaisse et abondante. Les nerfs de la queue de cheval sont comprimés du côté droit par un sac arrondi, du volume d'une noisette, plein d'un fluide aqueux [3].

XXXIe Obs. — Chiffonnier, seize ans. 31 juillet, il plonge plusieurs fois dans la Seine, en s'élançant du pont d'Iéna; il s'est fait au pied gauche une petite blessure, qui ne l'a pas empêché de marcher.

[1] Hillairet, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1860, p. 73.
[2] Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 32e livraison, planche XI, p. 21.
[3] J. Hart, *Medico-chirurgical Review*, 1830, dec., n° 27, p. 284.

1[er] août, douleurs vagues dans les membres, lassitudes, céphalalgie, dévoiement. 3, affaissement, réponses par monosyllabes, mais justes; air d'anxiété, de malaise; mouvements fréquents, abdomen sensible à la pression, fond du teint jaunâtre, pommettes colorées en rouge, fièvre. 4, sensibilité exaltée sur toute la peau; la plus légère pression arrache des cris; jactitation. 5, délire, loquacité, cris, pas de réponses. 7, agitation extrême, mouvements involontaires et continuels, décubitus dorsal, réaction fébrile. 9, prostration des forces, perte de tous les sens. Mort. — Méninges crâniennes et cerveau sains. Substance cérébrale dense. Méninges rachidiennes dans l'état naturel. Moelle épinière saine à sa partie supérieure; mais, de la 7[me] vertèbre cervicale à la 5[me] dorsale, elle est ramollie et infiltrée de pus (1).

XXXII[e] Obs. — Jeune homme, convalescent; il entreprend, en juin, un long voyage à pied. Douleur vive dans les muscles fessiers, à la sortie du nerf sciatique, à la cuisse gauche et le long du rachis, puis jusqu'aux bras : yeux saillants, parole entrecoupée, pouls dur et vibrant, jambes et cuisses engourdies. Neuvième jour, aggravation, délire, anxiété, douleur vive dans le rachis, état tétanique des muscles du dos; pouls petit, irrégulier; ischurie, sueurs continuelles, puis froid très grand, embarras de la respiration. Mort. — Suppuration de toute la moelle; région cervicale moins altérée; le principal désordre est au niveau de la 2[me] vertèbre lombaire; la moelle y est liquéfiée (2).

XXXIII[e] Obs. — Fille, vingt-deux ans; elle fait une chute sur la tête. Six semaines après, frémissements, élancements, douleurs dans les membres inférieurs, marche vacillante, œdème et insensibilité des jambes, évacuations involontaires, etc. — Ni fracture, ni luxation des vertèbres. Ramollissement pulpeux et sanie purulente dans la moelle épinière, à partir de la sixième dorsale (3).

XXXIV[e] Obs. — Femme, trente-six ans, pleurésie guérie. Rachialgie sans lésion de forme de l'épine; mouvement des membres inférieurs aboli, sentiment des mêmes membres conservé, mouvements des membres supérieurs incertains, évacuations involontaires, amaigrissement; quelquefois, tremblements musculaires généraux. — A la hauteur de la 5[me] vertèbre cervicale, adhérence des méninges et de la partie antérieure de la moelle. Tumeur dure, compacte, livide, enkystée, contenant un liquide purulent et siégeant sur la

[1] Honoré, *Archives*, 1827, t. XIII, p. 412.
Bergamaschi, *Bullet. de la Soc. méd. d'Émulation de Paris*, 1811, t. VII, p. 105.
(3) Lacombe, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1844, n° 11, p. 9.

moelle. Vers les dernières vertèbres dorsales, fonte des membranes et de la moelle avec perte de substance (1).

XXXVe Obs. — Femme, quarante-cinq ans ; pas de détails cliniques. — Abcès de la moelle épinière. Le pus occupe la substance corticale de la moitié antérieure droite de cet organe, formant une collection cylindrique de près de cinq pouces de long sur une ligne de diamètre. Pareil abcès dans la moitié antérieure gauche d'un pouce de longueur (2).

XXXVIe Obs. — Femme, cinquante-deux ans, phthisique. En janvier, perte subite du mouvement et non de la sensibilité des membres gauches, puis paralysie complète ; mais besoin des évacuations senti ; voix faible, parole embarrassée, pouls naturel, respiration accélérée, ensuite stertoreuse ; bras gauche œdémateux, faiblesse. Mort le septième jour. — Cerveau sain, d'une densité remarquable. Pie-mère injectée. Dans le centre du cordon droit de la moelle épinière, au milieu de la région cervicale, cavité longue de 3 pouces sur 2 ou 3 lignes de diamètre, remplie d'une bouillie rougeâtre, diffluente, purulente. Semblable lésion, moins étendue, dans le cordon gauche, au même niveau, paraissant surtout constituée par la matière grise ramollie. Renflement lombaire plus consistant que les autres parties (3).

Quatrième série. — *Myélite avec collection séreuse au centre de la moelle.*

XXXVIIe Obs. — Homme, vingt-deux ans ; après une chute sur la tête, faite il y a trois ans, douleur d'abord légère, bornée à l'occiput, devenue intense et continue, s'étendant à toute la tête, et plus tard à la nuque et aux membres supérieurs. Pendant la deuxième année, après une fièvre qui dura quatorze jours, la colonne vertébrale devint roide et courbée, et le malade fut sujet aux vertiges. Tous les symptômes diminuent par une position appuyée et augmentent après le repas, souvent suivis d'envies de vomir. Du reste, face colorée, tête chaude, pouls accéléré, respiration naturelle, constipation. A la fin de la vie, érysipèle de la face, et, dans les derniers moments, perte du sentiment et paraplégie. — Pie-mère infiltrée. Surface du cerveau pâle. Substance blanche aussi très pâle, modérément vasculaire, molle et infiltrée de sérosité. Vaisseaux de la

(1) Seb. Liberali, de Trévise, *Giornale per servire, etc.* (*Archives*, 3e série, 1838, t. III, p. 464.)

(2) Carswell, *Cyclopædia of practical Medicine*, t. I, p. 38.

(3) Velpeau, *Revue médicale*, 1826, t. II, p. 248.



base, surtout près du pont, dilatés et tortueux. Poumons d'un noir rougeâtre et congestionnés. Sommet du gauche œdémateux. Sérosité trouble dans le péritoine. Nombreux points hémorrhagiques dans la muqueuse gastrique. Foie petit et jaunâtre. Peu de bile jaune grisâtre dans la vésicule. Follicules de l'intestin grêle gonflés. Reins vasculaires et mous. Vessie contractée, contenant un peu d'urine trouble. Rachis courbé en arrière et à droite, à la partie supérieure de la région dorsale. Sinus veineux vertébraux pleins de sang. Dure-mère détachée. Arachnoïde opaque, et contenant, dans la région lombaire, de petites plaques osseuses. Moelle épinière tuméfiée, molle et fluctuante. Les colonnes de substance blanche sont distendues comme une sorte de poche et renferment, au lieu de substance grise, un fluide grisâtre, salé, logé dans un tissu celluleux. Ce changement s'étend, en haut, jusque près de la moelle allongée, et, en bas, au-dessous du renflement lombaire [1].

XXXVIIIe Obs. — Femme, vingt-six ans. Il y a deux ans, en marchant, elle éprouve une roideur à la nuque, l'empêchant de tourner la tête. Cet état dure quatre mois, puis diminue, et ensuite persiste huit mois. Alors, engourdissement dans le dos et dans l'abdomen, avec quelque perte de la volonté dans la miction et la défécation. Augmentation de ces symptômes, affaiblissement des membres inférieurs; néanmoins, possibilité de marcher jusqu'au 6 juin. Alors, immobilité générale, sauf la possibilité de mouvoir un peu les membres; sensibilité presque éteinte et paralysie complète de la vessie; nécessité du cathétérisme, eschare au sacrum, rougeur scarlatineuse sur tout le corps. Mort. — Cerveau sain. Moelle augmentée de volume et molle. A la région cervicale et au commencement de la région dorsale, l'élargissement est considérable, moindre dans le reste de la région dorsale, puis il augmente de nouveau et acquiert trois fois sa grosseur ordinaire. Cette altération existe dans toute l'épaisseur de la moelle, et appartient principalement à la substance grise, détruite et remplacée par une sorte de lymphe inflammatoire consistante, grise, demi-transparente. La moelle, divisée en plusieurs points, donnait partout la même apparence. Sa substance occupant l'extérieur, la partie centrale offrait un large canal ayant les diamètres d'un urèthre d'homme. Quand on l'ouvrit, on le trouva lisse à sa surface interne; on ne put découvrir aux environs la plus petite trace de matière grise. La matière plastique qui la contient est plus ferme que la substance médullaire et peut en être séparée facilement. Le canal central s'ouvre en haut dans le quatrième ventricule, le produit anormal se perdant sur les côtés de cette cavité. Son existence

[1] Rokitansky, *A Manual of pathological anat.* Translated, etc., t. III, p. 450.

paraissait donc déterminée par celle du canal central de la moelle. La section transversale imitait celle d'un morceau de macaroni bouilli entouré par une couche de matière blanche molle. Le canal était vide quand il fut examiné; mais probablement il avait été plein de sérosité. Le plus grand élargissement du cordon rachidien dans le haut de la région dorsale dépendait de l'accumulation du produit accidental, de manière à former presque une tumeur circonscrite; mais, sauf une vascularité plus grande, son apparence et sa composition étaient les mêmes; il était constitué par des fibres à noyaux très fines ([1]).

XXXIX[e] Obs. — Femme, trente ans. A vingt-six ans, affaiblissement rapide des membres supérieurs et inférieurs. Trois mois après, paralysie et flaccidité de ces membres. A vingt-sept ans, perte graduelle du sentiment; régularité des fonctions nutritives et des évacuations soumises à la volonté, intégrité des mouvements de la tête et du tronc, du larynx, de l'intellect et des sens; persistance des règles. Cet état dure trois ans, au bout desquels, en février, respiration pénible, toux légère, râle muqueux, face rouge, peau chaude et halitueuse, pouls plein et vibrant, langue rouge avec enduit blanchâtre; pneumonie circonscrite à la base et hydropéricarde; mort. — Calculs biliaires nombreux. Sinus de la dure-mère et vaisseaux de la pie-mère pleins de sang. Encéphale sain. Moelle épinière libre; dans la région dorsale, elle est applatie d'avant en arrière. Lorsqu'on la roule entre les doigts, on a une sensation de vide comme si c'était un doigt de gant. En soufflant par la partie supérieure, on produit un canal de trois lignes de diamètre et de 8 pouces de longueur. Ce canal paraît formé surtout aux dépens de la substance grise, qui n'existe plus. Il est traversé en tous sens par de nombreux filaments très ténus. Ses parois ont une ligne d'épaisseur et sont formées par la substance blanche, qui est condensée et plus ferme que dans l'état ordinaire. Au-dessus du canal, la moelle est saine; au-dessous, elle est ramollie en pulpe blanche dans l'étendue de deux pouces. Le renflement lombaire conserve son aspect normal, excepté en devant, où la substance médullaire est un peu altérée et adhérente à la membrane propre ([2]).

XL[e] Obs. — Serrurier, trente-quatre ans, de forte constitution et bonne santé. Il y a un an, en octobre, douleur comme rhumatismale à la nuque d'abord, puis au dos; mouvements spasmodiques, crampes aux membres inférieurs, exaltation de la sensibilité et diminution des mouvements volontaires, difficulté d'uriner, constipation. Quel-

([1]) Samuel Wilks, *Transact. of the pathol. Society of London*, 1861, t. XII, p. 9.
([2]) Maisonneuve, *Revue médicale*, 1833, t. III, p. 44.

ques mois plus tard, paraplégie, œdème des membres inférieurs et des parois abdominales, larges eschares au sacrum et sur le trokanter droit. Intelligence et sens conservés, digestions faciles, respiration normale, circulation accélérée, incontinence des urines. Dans le dernier mois, perte complète de la sensibilité et de la motilité des membres inférieurs, qui sont froids. Sentiment et mouvement maintenus dans le cercle supérieur, pouls faible. 5 octobre, respiration embarrassée, yeux éteints, pupilles contractées, coma. Mort. — Vaisseaux rachidiens injectés. Sérosité dans l'arachnoïde. Moelle d'aspect normal de la 3me vertèbre dorsale en bas; mais, au-dessus, elle offre un renflement très marqué, qui augmente jusqu'au niveau de la dernière cervicale et s'arrête vis à vis la 4me. Plus haut, la moelle est applatie d'arrière en avant, et peu consistante; elle présente en arrière un sillon plus large qu'à l'ordinaire. La partie renflée, ayant près de six pouces de haut en bas, remplit exactement le canal vertébral. La substance médullaire forme une couche extérieure un peu molle et épaisse, d'une ligne et demie, se détachant facilement de la partie centrale, qui est presque diffluente, grisâtre, demi-transparente, et qui constitue les quatre cinquièmes de l'épaisseur de la moelle. On peut y découvrir quelques vestiges de substance grise infiltrée d'un fluide séreux transparent. Des vaisseaux déliés et injectés se ramifient dans cette substance; mais la plus grande partie du centre de la moelle n'offre qu'une trame celluleuse dont les mailles sont infiltrées de sérosité, ce qui lui donne un aspect comme gélatineux. A l'extrémité inférieure du renflement, la moelle est moins molle et parcourue par des vaisseaux pleins de sang altéré, noirâtre. A l'extrémité supérieure, vis à vis la 5me vertèbre cervicale, le centre de la moelle est rempli d'une matière noirâtre, sanguinolente, mêlée intimement avec la substance médullaire ramollie (foyer hémorrhagique). La moelle, incisée de haut en bas au-dessous de ce point, laisse échapper un liquide séreux transparent, lequel occupait un espèce de canal creusé dans l'épaisseur du cordon rachidien jusqu'au niveau de la 8me vertèbre dorsale, tapissé par une membrane fine, analogue à une séreuse, et divisé en loges distinctes par des cloisons transversales et obliques placées à 7 ou 8 lignes les unes au-dessus des autres (la figure en présente quatre grandes). Ce canal central, prolongé en haut à travers la moelle cervicale, s'ouvre dans le quatrième ventricule; mais, de plus, il se prolonge devant le calamus scriptorius, s'inclinant à droite pour se terminer dans l'épaisseur de la moelle allongée par un cul de sac. Les parois médullaires de ce canal ont à peine une ligne d'épaisseur; son diamètre est de deux lignes et demie; il est lisse et poli à l'intérieur, et partagé en

plusieurs loges correspondant à chaque paire de nerfs. Ce canal, enfin, est séparé du foyer apoplectique précédemment indiqué par une cloison médullaire (1).

XLIe Obs. — Homme, trente-huit ans. A trente ans, engourdissement habituel et sensation de froid dans l'index gauche, puis dans toute la main et dans le bras. Un peu plus tard, mêmes phénomènes dans le membre thoracique droit. Un an après, engourdissement des membres inférieurs, suivi de paraplégie complète. Pendant la dernière année, contracture douloureuse et habituelle des deux membres abdominaux, qui sont fortement fléchis, et dont la fluxion augmente quand on les touche ou qu'on les frappe. La sensibilité y persiste, mais est obtuse; membres thoraciques dans une forte adduction, placés au devant du thorax; doigts contracturés et fléchis. Ces membres ne peuvent exécuter que des mouvements de totalité. La sensibilité y est très obtuse. Action des muscles de la face et de la langue libre. Parole nette et intellect sain. Fonctions nutritives intactes. Large eschare au sacrum; amélioration du pouls, diarrhée, prostration; mort. — Moelle allongée et moelle épinière peu volumineuses. Celle-ci est molle et creusée par un canal plein de sérosité infiltrée dans un tissu cellulaire grisâtre à mailles larges. Ce canal, qui règne dans toute l'étendue de la moelle, a sa plus grande largeur à la région cervicale. Il n'y a plus de trace de substance grise centrale. Il ne reste que les quatre cordons de substance blanche. A la jonction des faisceaux antérieurs et postérieurs la substance nerveuse est peu épaisse, presque transparente, et laisse voir le liquide infiltré à l'intérieur (2).

XLIIe Obs. — Femme, trente-neuf ans, souffrante depuis quatre ans. D'abord, douleurs sourdes dans le dos, le long de la colonne vertébrale, avec sentiment passager de pression; douleur augmentée par les mouvements du tronc, céphalalgie, étourdissement. La seconde année, engourdissements, et par temps, diminution de la sensibilité dans les membres inférieurs, n'empêchant pas d'agir. A la fin de la troisième année, insensibilité et faiblesse musculaire des jambes. Alors, douleurs vives dans la région dorsale; sensibilité très obtuse aux cuisses, nulle aux pieds, et diminuée dans toute la partie inférieure de l'abdomen jusqu'à l'ombilic, normale au dessus; miction facile, menstruation régulière; seulement, aggravation durant les règles. Pendant la quatrième année, insensibilité, immobilité absolue des membres inférieurs, rétention d'urines; constipation opiniâtre, puis diarrhée; délire dans la nuit et mort. —

(1) Nonat, *Archives*, 3e série, t. I, p. 287, et *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1837, t. I, p. 695.

(2) Andral, dans Ollivier, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 388.

Sérosité de couleur citrine infiltrée dans la substance de la moelle vertébrale. Tumeur dans le centre de cet organe à la partie inférieure du ronflement cervical, enveloppée par une couche mince de substance blanche. Elle a le volume d'un œuf de pigeon, elle est ovoïde, rougeâtre, semblable à du sang coagulé et desséché; elle se prolonge en bas par un appendice canaliculé. La moelle est creusée jusqu'à son extrémité inférieure par un canal central qu'une sérosité citrine remplit. A cette extrémité, la pie-mère est aussi distendue par la sérosité infiltrée dans son tissu. Il ne reste pas de traces de substance nerveuse dans le renflement lombaire. Les racines des nerfs lombaires et sacrés sont réduites à leur névrilème. Au dessus de la tumeur, la moelle est un peu ramollie jusqu'au bulbe. Rien à noter dans l'encéphale (1).

XLIIIe Obs. — Femme, quarante ans. A vingt-deux ans, chute avec fracture de l'épine à la partie inférieure de la région dorsale. Il en était resté une courbure anguleuse de l'épine, une démarche irrégulière et traînante, et une incontinence d'urine. Les seuls symptômes qui se joignaient à ceux-ci étaient la rougeur générale des téguments et de la douleur en se mouvant. Extrême émaciation. Mort causée par la fièvre et la diarrhée.— Œdème du membre inférieur gauche. Rachis fléchi, anguleux au bas du dos et courbé en S au dessus. Adhérences cellulaires des deux poumons. Œdème partiel et hépatisation lobulaire du poumon droit, avec deux abcès dans le lobe supérieur. Bile de la vésicule albumineuse. Calcul biliaire cristallin du volume d'un œuf de pigeon. Muqueuse du gros intestin parsemée de granulations. Reins volumineux. Vessie contractée et vide. Ovaire droit converti en un sac plein de graisse. Substance cérébrale pâle et dure. Dure-mère de la base du crâne, surtout sur l'apophyse basilaire, et au voisinage de la selle turcique, d'une couleur rouge noirâtre, et couverte d'une exsudation jaunâtre. Sinus caverneux, coronaires, occipital antérieur, et commencement du sinus pétreux remplacés par un coagulum sanguin friable, et surtout par un fluide purulent jaune brun. La veine crurale gauche et ses branches contiennent un caillot de sang brun, dont les couches extérieures sont molles et presque purulentes, et dans le bassin, les veines sont pleines d'un fluide ichoreux brun. Un fluide pareil remplit les veines hypogastriques, iliaque et jusqu'à la veine cave, les parois de ces veines sont épaissies et décolorées, et leur membrane interne consistante. A l'endroit où la colonne vertébrale avait été courbée, le canal est resserré en forme d'étroite fissure. Une grande quantité de sérosité est contenue dans la cavité de l'arach-

(1) Landau, dans Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 392.

noïde, et cette membrane présente à la région lombaire de petites plaques osseuses du volume d'une lentille. La pie-mère est traversée par des vaisseaux distendus, et infiltrée dans la région lombaire par un fluide salé (briny). La moelle épinière, depuis la courbure dorsale jusqu'à la deuxième vertèbre cervicale, est convertie en un sac fluctuant, composé de colonnes blanches et contenant un fluide séreux clair, mais point de substance grise, laquelle avait disparu; les colonnes sont ramollies et pâles, les postérieures moyennes étaient réduites séparément à l'épaisseur d'une demi-ligne. La surface interne de la cavité est tapissée par un tissu cellulo-séreux fin, formant de nombreux rebords dirigés de haut en bas, et d'une paroi à l'autre ([1]).

XLIVe Obs. — Tailleur, quarante-quatre ans, sobre, robuste, se servant habituellement de ses mains avec force. Il éprouve d'abord de la difficulté pour étendre les deux derniers doigts de la main droite, qui restent fléchis et faibles, avec sentiment de froid et d'engourdissement, mais sans douleur. Cet état dure onze mois sans empêcher de travailler. Alors le doigt du milieu s'affecte comme les précédents. Le malade marche très bien. Il meut les bras dans tous les sens. Il n'y a pas d'autre lésion qu'un engourdissement de la main droite. Trois semaines après, les trois derniers doigts de la main gauche deviennent faibles et se fléchissent de la même manière, mais sans engourdissement ni altération de la sensibilité, ni froid trop marqué; les mains maigrissent graduellement, non les bras. Il y a sept semaines, il est survenu des douleurs dans la poitrine, et un sentiment de roideur à la partie supérieure de cette cavité. La maigreur des mains est devenue très grande, mais la motilité des poignets, et des membres supérieurs, ainsi que celle des membres inférieurs est conservée. La partie supérieure de la région dorsale présente un léger applatissement dans l'endroit où cette région offre une courbure naturelle, les masses musculaires y sont amincies. La pression sur la quatrième apophyse épineuse dorsale produit une douleur aiguë, pongitive; mais, non comprimée, cette partie n'est pas douloureuse. Aucune douleur n'est produite par la pression sur les autres parties de l'épine. Les sphincters agissent d'une manière normale. L'urine est naturelle. L'appétit et les digestions sont en bon état. On a recours au galvanisme pour stimuler les mains; il y a un peu plus de force au bout de quinze jours. La sensibilité était un peu diminuée dans la main droite. Les deux mains restent froides. Peu de temps après cet examen. le malade fut pris du typhus qui régnait à l'hôpital de Guy, et il succomba. — La moelle pré-

([1]) Rokitansky, *A Manual of pathological anatomy*. Translated, t. III, p. 451.

sente un élargissement à partir de la fin de la région cervicale. Les colonnes médullaires ont leur consistance et leur texture ordinaires, mais le centre même du cordon rachidien est creusé d'une large cavité commençant au niveau de la cinquième vertèbre cervicale et s'élargissant jusqu'à la septième; et de là, diminuant insensiblement pour se terminer vis à vis la quatrième vertèbre dorsale. Cette cavité est formée surtout aux dépens de la substance grise, détruite surtout en arrière. Elle est limitée par une couche de cette substance grise condensée, qui peut être séparée comme une membrane distincte. Sa surface interne présente quelques éléments d'épithélium. Les racines nerveuses sont dans un état normal. Les propriétés du fluide contenu dans cette cavité ne purent être étudiées; il s'échappa au moment où la moelle fut divisée. La figure de la section transversale de la moelle montre une cavité quadrangulaire applatie en avant et en arrière; les angles sont prolongés de manière à former des espèces de cornes latérales [1].

CINQUIÈME SÉRIE. — *Myélite avec formation d'un corps solide au centre de la moelle.*

XLV° OBS. — Homme, vingt-trois ans, ouvrier menuisier, entré à l'hôpital général de Vienne le 19 janvier 1835. Il était resté, trois semaines avant, très longtemps dans l'eau froide, et avait en conséquence éprouvé une douleur aiguë dans les pieds et le dos, avec fièvre. Peu de jours après, tremblement et perte de la sensibilité dans les membres inférieurs, puis impossibilité de se tenir debout, bien que les pieds puissent se remuer dans le lit. Dysurie, apyrexie. Bientôt, perte complète de la motilité des membres inférieurs; accumulation de l'urine dans la vessie, sentiment de brûlure lorsque ce liquide sortait, douleur dans la région de la vessie, fièvre, vomissements. En mars, eschare au sacrum, gonflement du pénis et du scrotum, urine sanglante extraite par la sonde. Mort le 29. — Poumons œdémateux et ayant des tubercules à leur sommet. Reins volumineux, avec leurs calices dilatés. Vessie urinaire distendue modérément; sa membrane muqueuse, recouverte par une exsudation d'une ligne d'épaisseur, est, en dessous, d'une couleur rouge de sang, injectée, et çà et là changée en ulcération brunâtre. Tissu cellulaire du scrotum plein d'un fluide brun, ichoreux et fétide. Un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde spinale. Moelle épinière tuméfiée à la partie inférieure du cou, et jusqu'à la partie supérieure de la région dorsale. Dans cette partie, la substance grise est infiltrée d'une exsudation grise jaunâtre, et est elle-même

[1] W. Gull, *Guy's hospital Reports*, 3e série, t. VIII, 1862, p. 246.

dans un état de ramollissement rouge et jaune. Au niveau des deuxième et troisième vertèbres dorsales, à la place de la substance grise, se trouve une matière jaunâtre, formant comme une cheville ou un tampon cylindrique solidement fixé, d'un pouce de long et de trois à quatre lignes d'épaisseur (1).

XLVIe Obs. — Cordonnier, vingt-cinq ans, père phthisique. A douze ans, froid pendant un voyage, rhume, courbature excessive, douleurs dans les lombes et les membres inférieurs, et plus tard dans les supérieurs; légère déviation du rachis en arrière et à gauche; picotements, engourdissements, fourmillements, prurit dans les extrémités; parfois, exhalation de gouttelettes de sueur sur le tronc et les membres; diminution de la sensibilité tactile, et du mouvement volontaire; mouvements réflexes brusques dans le bras gauche, à propos d'une excitation légère; marche régulière, mais promptement suivie de fatigue. Du reste, santé générale assez bonne; continuation du travail. Sept mois avant la mort, miction difficile, écoulement urinaire goutte à goutte donnant lieu à un dépôt abondant; constipation. Puis marche chancelante; sensibilité tactile et sensibilité au froid très affaiblies; engourdissements et douleurs aux extrémités, mouvements réflexes persistants; malaise, courbature, inappétence. Toutefois, possibilité de marcher, mais tout à coup, accès de roideur, de contracture et de paraplégie complète, avec secousses convulsives; aggravation rapide, dyspnée, urine retirée par le cathétérisme, bourbeuse et sanguinolente; altération des traits, eschare au sacrum, fièvre, érysipèle. Mort. — Parois du canal vertébral normales. Moelle volumineuse consistante, ferme dans son centre où l'on découvre un cordon grisâtre, cylindrique, solide, résistant, de la grosseur d'un manche de plume, s'étendant de la partie supérieure de la région cervicale à quelques centimètres de l'extrémité inférieure de la moelle, où il se termine en pointe conoïde. Ce cordon est enveloppé de tous les côtés par la substance médullaire dont il peut être facilement énucléé. Celle-ci est un peu ramollie en quelques points. Au niveau de la troisième vertèbre cervicale, existe sur le trajet du cordon central un caillot sanguin légèrement grenu, récent, et de la grosseur d'un noyau de cerise. A quelques millimètres au dessous, est un petit kyste séreux, et un peu plus bas, se trouve un second noyau hémorrhagique plus ancien et plus petit que le précédent. L'examen microscopique du cordon y fait apercevoir une matière amorphe, légèrement granuleuse, des granulations moléculaires isolées, des fibres de tissu conjonctif, fines, déliées, enchevêtrées, en tout semblables à celles qui, à l'état

(1) Rokitansky, *A Manual of pathological anatomy*. Translated, etc., t. [illegible]

normal, font partie de la matière de l'épendyme, des vaisseaux nombreux sur le trajet desquels sont d'abondants granules d'hématosine, dont quelques-uns sont en voie d'altération. On n'a pas distingué de cellules épithéliales. La substance grise de la moelle est en grande partie réduite en granulations; des cellules sont encore presque normales. Quelques fibres de substance blanche et des racines nerveuses sont atrophiées et granuleuses. L'extrémité inférieure de la moelle est saine, les nerfs qui en partent sont sans altération (1).

Résumé des observations de myélite.

I. Les faits de myélite sont au nombre de 46, recueillis chez 24 individus du sexe masculin et 21 du sexe féminin. Celui d'un enfant n'a pas été indiqué.

II. 3	malades avaient	de 22 mois à 10 ans.
7	—	de 11 à 20 ans.
9	—	de 21 à 30 —
11	—	de 31 à 40 —
5	—	de 41 à 50 —
7	—	de 51 à 60 —
1	avait 64 ans.	

Il résulte de ces premiers rapprochements que la myélite est presque aussi fréquente chez la femme que chez l'homme, et que c'est principalement de 20 à 40 ans qu'on l'observe, puis de 11 à 20 ans, et enfin de 41 à 60 ans. C'est donc surtout dans l'âge de la force que cette maladie s'est produite.

III. Fréquemment, aussi, c'est chez des sujets d'une constitution robuste qu'elle s'est manifestée, chez des ouvriers adonnés à des travaux pénibles, tels que maçons, serruriers, menuisiers. Mais on l'a vue aussi chez un tailleur, chez un orfèvre. Elle s'est produite chez des sujets faibles, lymphatiques; tantôt après une élongation rapide (VII) et une puberté précoce (menstruation à onze ans) (X), tantôt après un développement tardif (pas de menstrues à seize ans) (VIII).

IV. L'influence héréditaire a été rarement notée; elle n'a paru évidente que dans un cas (IV).

(1) Lancereaux, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1861, p. 226

V. Les *maladies antérieures* qui peuvent avoir eu quelques rapports avec la myélite ou y avoir prédisposé, sont :

Des convulsions survenues dans l'enfance, avec ou sans apparences de l'épilepsie (VII, X).

Des lésions du système nerveux central produisant l'idiotisme, l'aliénation mentale (X, XXVI).

Des affections rhumatismales, surtout siégeant dans les régions voisines du rachis (XL).

Des percussions, même anciennes, ayant atteint soit la tête (XXV, XXXV), soit la colonne vertébrale (XVI, XVII, XIX, XXXIII, XLIII). Sans léser le rachis, elles ont pu retentir jusqu'à la moelle. On a même vu une percussion violente à la paume de la main, ayant déterminé une fracture des os du métacarpe, produire une douleur vive dans le bras et consécutivement les symptômes de la myélite (XX).

VI. Les *causes* les plus ordinaires de cette maladie sont les suivantes :

1° L'impression prolongée du froid et de l'humidité à la surface du corps, dans les lieux bas et mal aérés, dans les habitations nouvellement bâties (VII). Le refroidissement subit de la peau, surtout si celle-ci est couverte de sueur (IX, XI, XLVI). L'immersion plus ou moins prolongée dans l'eau froide (XV, XVII, XVIII, XLV) ou des alternatives subites de chaud et de froid, comme en dut éprouver ce jeune homme qui s'amusait à sauter du pont d'Iéna dans la Seine (XXXI) ;

2° Les grandes fatigues provoquant la sueur, mais en outre portant une atteinte grave au système nerveux, surtout quand des veillées prolongées les accompagnent (VI, XII, XXVIII, XXXII);

3° Des affections morales vives et subites, la frayeur principalement (X, XIII);

4° Une vie de désordre et de débauche (XIV, XVI);

5° La suppression du flux menstruel (XI, XIII, XXIII).

VII. La myélite a été annoncée par des phénomènes *précurseurs,* consistant en engourdissement, sensation de froid (XXVII, XLI, XLIV), douleurs sourdes ou vives (XLII, XLVI,

xxxi), roideur (xxxviii) ou faiblesse (xlv) dans le rachis (xv, xviii, xxxviii, xlii, xlvi), un côté du tronc (xxii, xxviii), un membre supérieur (xxvii), une main (lxi), puis l'autre (xliv), les membres inférieurs (xlv, ix), les pieds (xi, xlvi), et entraînant la gêne de la locomotion.

Il y a eu quelquefois aussi des phénomènes prodromiques moins directs, comme la céphalalgie, les vertiges, la stupeur, la fièvre.

Ces phénomènes se sont manifestés à des degrés divers, pendant un temps plus ou moins long, quelques semaines ou quelques mois avant la manifestation décisive de la myélite, et parfois après des interruptions plus ou moins longues.

VIII. L'*invasion* a été marquée, dans quelques cas, par des symptômes assez intenses, comme des convulsions, une hémiplégie ou des douleurs violentes; on a encore noté la perte de connaissance, des frissons, des tremblements, des vomissements (i, iv, v, viii, xv, xxvi, xxxi, etc.).

IX. Les *symptômes* de la myélite sont très variables et souvent peu tranchés.

1° Ceux qui se rattachent à la sphère encéphalique n'ont été constatés que dans quelques cas, c'étaient : la céphalalgie, des troubles intellectuels, et plus rarement, des lésions de la vue, la dilatation des pupilles, etc. Ces phénomènes étaient purement accidentels.

2° Les symptômes qui tiennent plus spécialement au rachis et aux organes qu'il renferme, sont les plus prononcés et les plus importants; ils méritent une attention particulière.

X. L'examen de la colonne vertébrale a fait reconnaître quelquefois une déviation, une courbure ou une saillie (xxx, xxxvii, xlvi). Le plus ordinairement on n'y rencontre aucun changement sensible de forme ou d'aspect extérieur. Mais il est assez commun d'y trouver de la douleur et de la rigidité.

La *douleur* peut être étendue à plusieurs régions, ou elle

est circonscrite en un point correspondant à une vertèbre, une cervicale (XXI, XXV), une dorsale (XVII, XLIV, etc.). Elle siége assez fréquemment dans la région lombaire. Elle est intense, lancinante, souvent sourde; elle augmente par la pression sur les apophyses épineuses, par l'application d'un corps chaud, par le décubitus sur le dos et surtout par les mouvements ou les efforts que la tête ou le tronc exécutent. Quelquefois elle n'est excitée par aucune de ces causes (XXVIII).

Cette douleur peut s'accompagner d'un sentiment de chaleur, de brûlure, de fourmillement, de compression ou de constriction.

La douleur du rachis paraît quelquefois s'étendre sur l'un des côtés du tronc, ou elle se propage des deux côtés en forme de ceinture (V), ou encore elle se montre vive sur un point déterminé des parois thoraciques (XXV) ou à l'épigastre (XVII).

Des douleurs plus ou moins fortes se font aussi sentir dans les membres (I, XVIII) supérieurs (XXVII) ou inférieurs (IV, XV, XIX, XLV); elles semblent suivre le trajet des nerfs (du sciatique par exemple) (XIV), et parviennent jusqu'aux doigts ou aux orteils.

Il peut exister en même temps, ou bien à la place des douleurs peuvent se manifester, dans un ou plusieurs membres, des sensations diverses de fourmillement, d'engourdissement, de picotement, de froid ou de chaleur. C'est surtout à la plante des pieds que ces sensations viennent le plus souvent se fixer.

XI. Il survient souvent, dès le début, des *convulsions* qui peuvent être générales et violentes (VIII, X, XIII, XVI, XIX), épileptiformes ou partielles. Ce sont des mouvements convulsifs (VI, XL), affectant quelquefois les membres d'un côté (IV, XXVI, XXX), ou les membres inférieurs (III, XXIII), ou un seul membre (XIV).

Au lieu de convulsions, on n'a parfois observé que des mouvements brusques, des secousses ou une sorte de trem-

blement, de frémissement musculaire (XIX, XXIII, XXXI, XXXIII, XXXIV). On a remarqué, dans quelques cas, des crampes (VII, XL); il y a eu aussi des grincements de dents (XIII).

Le spasme a pris souvent la forme tonique. Il y a eu, à un certain degré, un état tétanique du cou, du tronc ou des mâchoires (VII, XIII, XXXII), de la rigidité dans le cou, dans le dos, dans les membres (IV, VI, XVI, XXIV, XXV). La contracture n'a quelquefois atteint qu'un membre (VII, XX, XXII, XXVI), entraîné dans une flexion forcée.

XII. Des phénomènes de *paralysie* ont été la conséquence la plus ordinaire de l'inflammation de la moelle. Ce n'est d'abord qu'un simple affaiblissement musculaire, une paralysie incomplète qui permet à quelques mouvements de s'exécuter, mais qui prive les contractions d'énergie, la marche de solidité (XIX, XX, XXIX, XL, XLV), rend même la station debout fatigante, peu stable ou impossible.

La perte du mouvement se complète; elle affecte les quatre membres (I, IV, XVII, XVIII, XXI, XXVI, XXXVI), ou les membres inférieurs spécialement, ce qui est le cas le plus ordinaire. La paraplégie a été constatée chez 29 sujets. Dans quelques cas, c'est aux membres supérieurs que la paralysie se manifeste (XI, XXIV), et plutôt à l'un qu'à l'autre; dans d'autres cas, ce sont les deux membres d'un côté qui sont atteints (II, XXVI).

La paralysie a aussi affecté les parois thoraciques et abdominales (V, XXV). Elle s'est montrée pareillement à la face, affectant les deux côtés (XXVII) ou un seul côté (XVII).

XIII. La *sensibilité* cutanée peut être exagérée à un membre, ou à deux, ou à tout le cercle inférieur (IX, XXXI, XL), ou elle demeure intacte (XIV, XXI); elle est, d'autres fois, diminuée, obtuse, ou même nulle aux membres supérieurs (IV, XVII), plus souvent aux membres inférieurs (V, XXIII, XXVI, XXVIII, XXXIII, XXXVIII, XXXIX, XLI, XLII, XLV, XLVI). Les pieds, reposant sur le sol, n'en distinguent ni les inégalités, ni la température; ils donnent au malade l'idée du contact d'un corps intermédiaire, d'une couche de sable ou de coton.

A la perte du mouvement n'est pas nécessairement liée celle de la sensibilité. Cette dernière faculté était conservée dans plusieurs cas où la paralysie du mouvement s'était déjà produite (III, XVIII, XIX, XXXIV, etc.). Mais la perte de la sensibilité a presque constamment été accompagnée d'affaiblissement musculaire ou de paralysie (IV, V, XV, XXV, XXVI, XXVIII, XXXVIII, XXXIX, XLI, XLII, XLV, XLVI). Cette double lésion permet néanmoins assez souvent aux mouvements réflexes de s'exécuter, et à la contractilité musculaire de s'émouvoir sous l'influence de l'excitation électrique. Mais aucune réaction ne peut être provoquée quand la maladie est arrivée à sa dernière période.

La contractilité et la sensibilité électro-musculaires peuvent être éteintes dans la plupart des muscles d'un membre, quoique la sensibilité cutanée se maintienne dans les mêmes régions (XXI).

XIV. La respiration est souvent affectée dans la myélite; elle est courte, gênée, lente; elle s'opère surtout à l'aide du diaphragme, à cause de l'immobilité des parois thoraciques. Cette immobilité est due à la douleur qu'occasionnent les mouvements, ou à la paralysie des muscles inspirateurs.

XV. La circulation n'est parfois que faiblement modifiée. Le pouls est faible ou fort, lent ou fréquent. On a mentionné deux fois la teinte violacée des téguments (I, XV).

XVI. La chaleur de la peau est peu changée. On a noté une température de 33, 34 degrés centigrades aux membres paralysés (XXVIII).

XVII. Les voies digestives ont plusieurs fois souffert; il y a eu, chez 9 sujets, des nausées et des vomissements (I, VI, IX, XI, XII, XV, XVI, XXVII, XLV).

La déglutition a été difficile (VI, XI).

Les évacuations sont rarement restées sous l'influence de la volonté. Il a été facile de reconnaître l'inertie, la paralysie du rectum s'exprimant par une constipation opiniâtre ou par l'écoulement spontané des matières fécales quand elles étaient liquides; de même aussi la paralysie de la vessie s'est

blement, de frémissement musculaire (xix, xxiii, xxxi, … xxxiv). On a remarqué, dans quelques cas, des … (vii, xl); il y a eu aussi des grincements de dents.

Le spasme a pris souvent la forme tonique. … un certain degré, un état tétanique du cou, de … mâchoires (vii, xiii, xxxii), de la rigidité d… le dos, dans les membres (iv, vi, xvi, xxiv, … ture n'a quelquefois atteint qu'un me… xxvi), entraîné dans une flexion forcée …

XII. Des phénomènes de *paralysie* … la plus ordinaire de l'inflammation … d'abord qu'un simple affaiblisseme… lysie incomplète qui permet à … s'exécuter, mais qui prive le… marche de solidité (xix, xx, … station debout fatigante, per…

La perte du mouveme… quatre membres (i, iv, … membres inférieurs sp… ordinaire. La parapl… Dans quelques cas, … paralysie se manif… dans d'autres cas, … sont atteints (ii …

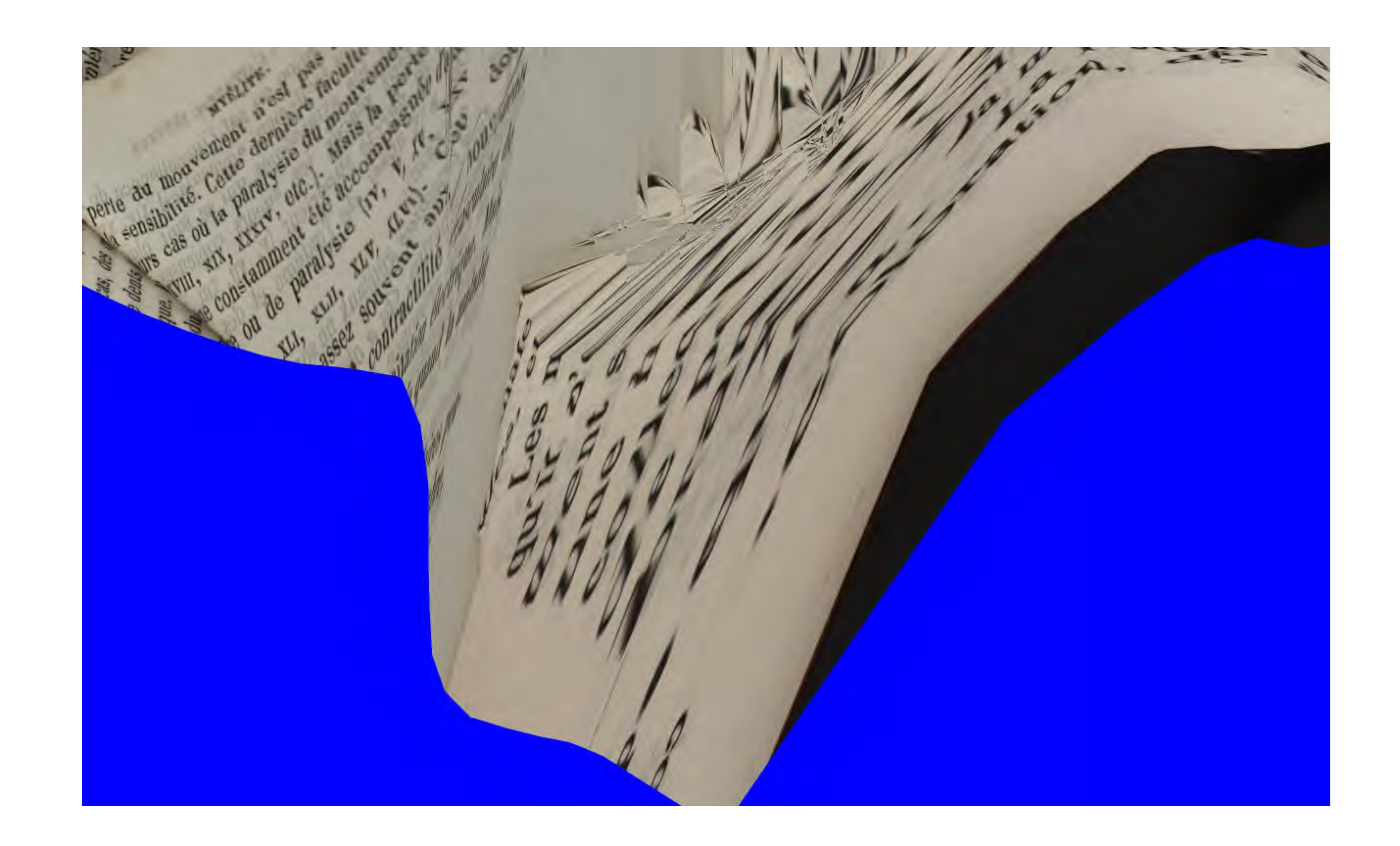
perte du mouvement … sensibilité. Cette der… cas où la paralysie … xiii, xix, xxiv, etc. … constamment été … ou de paralysie iv, … xiii, xv, xvi. … assez souvent un … contractilité musculaire … l'excitation électrique … provoquée quand la maladie … électro-musculaire … d'un membre, … tous les membres …

… 26 observations … xiii, xv, xvi, xix, xx, … xxxi, xxxii, xxxiii, xxxiv, … dans 18 autres faits (iii, x, xiv, … xxxvii, xxxviii, xxxix, xl, xli, xlii,

La paralysi… minales (v, … affectant le … a été observée surtout dans les cas de … et de suppuration; la marche de la maladie …

XIII. … bre, ou … quefois très rapide, puisque la terminaison a eu … elle de … deuxième (viii), le troisième (i, ix, xiii), le septième … obtu… le neuvième jour (xxxi). C'est surtout dans la myélite … plu… qu'on a remarqué une excitation assez vive de l'appareil … latoire, de la gêne dans la respiration, des sueurs, des … éruptions bulleuses, etc.

La myélite chronique a eu pour résultats le ramollissement de la moelle et les changements de coloration …



MYÉLITE.

perte du mouvement n'est pas
la sensibilité. Cette dernière faculté
plusieurs cas où la paralysie du mouvement
XVIII, XIX, XXXIV, etc.). Mais la perte
constamment été accompagnée
ou de paralysie (IV, V, IX,
XLI, XLII, XLV, XLVI). Cet
assez souvent aux
contractilité

Les m
qu'il

manifestée par la rétention ou par l'incontinence de l'urine; ce fluide est devenu facilement ammoniacal (XIV, XVII).

XVIII. Parmi les symptômes qui se sont plusieurs fois montrés, il faut placer les sueurs copieuses, répandues surtout sur le cercle supérieur (V, VII, XIII, XV, XVI, XXXII, XLVI). On a vu aussi de l'œdème et des phlyctènes aux jambes (V, XXXIII).

XIX. Les organes génitaux ne sont pas toujours demeurés complètement inertes. On a observé deux fois un priapisme plus ou moins prononcé (XIV, XXVI), une fois des traces d'émission spermatique peu de temps avant la mort (I). Les règles ont continué à couler (XXXIX, XLII), ou elles ont été remplacées par une hémorrhagie anale.

XX. Lorsque la maladie s'est prolongée, il est presque toujours survenu des rougeurs, des eschares sur le sacrum, sur les trokanters, à cause de l'obligation de garder le décubitus horizontal et le coucher en supination.

XXI. La *marche* de la myélite partage cette maladie en deux espèces très distinctes, la myélite aiguë et la myélite chronique.

La myélite aiguë a pu être étudiée dans 26 observations (I, II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII, XV, XVI, XIX, XX, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXVI); et la myélite chronique, dans 18 autres faits (III, X, XIV, XVII, XVIII, XXI, XXII, XXIII, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLII, XLIII, XLIV, XLV, XLVI).

La myélite aiguë a été observée surtout dans les cas de ramollissement et de suppuration; la marche de la maladie a été quelquefois très rapide, puisque la terminaison a eu lieu le deuxième (VIII), le troisième (I, IX, XIII), le septième (XXXVI), le neuvième jour (XXXI). C'est surtout dans la myélite aiguë qu'on a remarqué une excitation assez vive de l'appareil circulatoire, de la gêne dans la respiration, des sueurs, des éruptions bulleuses, etc.

La myélite chronique a eu pour résultats le ramollissement de la moelle et les changements de coloration et de

texture intérieure qui ont formé le principal attribut des deux dernières séries de faits. Sa durée a été de plusieurs mois; elle s'est terminée par des altérations qui ont laissé la vie persister pendant plusieurs années.

Quelquefois, dans son cours, la myélite chronique a offert des périodes d'amélioration prononcée ou même d'apparente guérison (III, XIV).

XXII. La *terminaison* par la mort n'a pas toujours été le résultat du cours ordinaire de l'inflammation de la moelle. Elle a pu être déterminée par une circonstance accidentelle, par exemple un bain froid pris pendant la convalescence (VII) ou par une maladie intercurrente, comme un érysipèle (XXXVII), le typhus (XLIV).

Les indices ordinaires d'une terminaison prochainement funeste sont les progrès de la paralysie du mouvement et la perte complète de la sensibilité, le ralentissement de la respiration, des menaces de plus en plus prononcées de suffocation, des sueurs très abondantes, l'affaiblissement rapide du pouls.

XXIII. Dans le résumé des résultats des nécropsies, je n'insisterai pas sur quelques lésions peu importantes des organes encéphaliques, comme injection vasculaire, consistance variable du cerveau ou du cervelet, coloration anormale de la substance grise, sérosité dans les ventricules, etc.

Les méninges rachidiennes ont offert quelques altérations qu'il n'est pas inutile de mentionner, ce sont : un épanchement sanguin entre la dure-mère et le canal vertébral, ou une hémorrhagie extra-méningée rachidienne (III, V), une collection séreuse dans la cavité de l'arachnoïde (II, VII, XI), de petites lamelles osseuses dans l'épaisseur de cette membrane (XXXVII, XLIII).

XXIV. J'ai rapporté à cinq formes ou modes les altérations que la moelle peut présenter à la suite de la myélite.

a. La première consiste dans un simple changement de coloration, dû à l'injection vasculaire. Cette teinte est

rosée, rougeâtre, et il n'y a pas de changement de consistance du tissu médullaire.

b. Le ramollissement de la moelle est une suite fréquente de la myélite; il parvient à différents degrés, quelquefois jusqu'à la diffluence; il est accompagné quelquefois d'une tuméfaction sensible (XVII); il y a accroissement de vascularité. Sa teinte est rouge ou d'un jaune grisâtre, ou noirâtre; son étendue et son siége varient. Rarement toute la moelle est affectée. Quelquefois, l'altération, commençant à la région cervicale, ne finit qu'à la région dorsale ou à la région lombaire (X, XIII, XV).

Assez souvent elle est bornée à la première, affectant sa partie supérieure (VI, XVIII, XXVI), ou le niveau des troisième et quatrième vertèbres cervicales (XXIV, XXV), ou le renflement cervical (V, XXVIII), lequel n'est pas toujours ramolli dans toute son épaisseur; il peut ne l'être que dans sa partie antérieure (VII).

La moelle épinière est quelquefois ramollie dans sa région dorsale (VIII, XII), offrant des dilatations ou expansions de tissu ou des espèces d'étranglements (IV).

Le ramollissement peut occuper la partie inférieure de la moelle, et principalement le renflement lombaire, dans sa totalité (III) ou dans sa partie postérieure (XIX).

Le prolongement rachidien a été presque exclusivement affecté dans les cordons postérieurs chez plusieurs sujets (IV, XXII, XXIX); rarement dans les cordons antérieurs (XXI); d'autres fois, c'était surtout la substance grise qui était ramollie et injectée (III, IX, XXIII, XXVIII). Dans un cas, le ramollissement n'existait que d'un côté (XIV).

Les nerfs de la queue de cheval ont paru parfois comme atrophiés (XXII).

c. La suppuration de la moelle se présente sous divers aspects. Le pus existe dans une assez grande étendue de cet organe, déposé à sa surface (XXXII), ou infiltré dans son épaisseur (XXXI, XXXIII), ou réuni dans un kyste (XXX, XXXIV). Parfois, il se trouve surtout dans les côtés de la moelle,

entre les cordons médullaires (XXXVI), ou bien au centre même de cet organe (XXX), dans la substance grise, et logé dans une sorte de cavité cylindrique (XXXV).

d. Le quatrième genre d'altération de la moelle a quelque ressemblance avec ce dernier mode quant à la situation même de la collection liquide, c'est à dire que cette collection occupe le centre de la moelle; mais, au lieu d'être purulente, elle est séreuse. La moelle est dilatée, molle, creusée, fistuleuse. La sérosité est infiltrée dans de larges cellules de la substance grise, ou réunie dans des cavités plus amples, que séparent des cloisons transverses ou obliques. Le siége immédiat de l'épanchement paraît être dans l'épendyme rachidien. On distingue, en effet, des parois membraneuses, que l'état phlegmasique a développées, et rendues apparentes, en forme de kyste séreux, cylindroïde, multiloculaire.

e. Après la variété précédente vient, comme lui ressemblant par son siége, une autre sorte d'altération qui en diffère par la nature du produit. Le centre de la moelle est occupé par une sorte de tampon ou de cordon solide, d'une plus ou moins grande longueur. Il est grisâtre, résistant, et n'offre aucune cavité intérieure. Il paraît être en contact immédiat avec la substance grise. C'est évidemment un produit de sécrétion épaissi et concreté.

Enfin, la myélite peut se terminer par une induration. Elle s'est alors transformée en sclérose, maladie qui fera le sujet de l'un des prochains chapitres.

V. — MÉNINGO-MYÉLITE.

La méningo-myélite résulte de la coïncidence de l'inflammation de la moelle avec celle des méninges rachidiennes. Il peut y avoir en outre méningite crânienne, ou encore, coïncidence de phlegmasie cérébrale, ou de lésion des vertèbres. De là les variétés suivantes :

1° Méningo-myélite;

2° Myélite avec méningite cérébro-spinale;

3° Méningo-encéphalo-myélite;

4° Méningo et encéphalo-myélite avec altération [...] tèbres.

Les numéros des observations que je vais pr[...] suite à ceux des faits de myélite, parce que [...] tions générales relatives à cette maladie se c[...] celles qui se rapporteront aux variétés [...] myélite.

1re SECTION. — MÉNINGO-MY[...]

XLVIIe Obs. — Garçon, sept ans. En ma[...] vre, puis convulsions générales; assoup[...] idées, pouls faible, 60; face pâle, issue [...] yeux fixes, insensibles à la lumière; lo[...] pouls variable, constipation. Mort le [...] l'encéphale. Sérosité abondante d[...] ramollie et diffluente à la partie su[...] membrane propre de la moelle es[...] ment enflammée au niveau du r[...]

XLVIIIe Obs. — Garçon, ne[...] Septembre, coliques, vomisse[...] [...]es connaissance, membres raid[...] [...]e géné- convulsifs; vomissements, [...] supérieurs, dents serrées. 17, décubit[...] [...]e jours après cet l'œil gauche, pupilles dil[...] [...] encéphalique, tho- exécutent de temps à [...] [...]ongée au milieu d'une bouche écumeuse, de[...] [...]uppuration et désorganisée à fléchis et contracturé[...] [...]sale, mais sans changement de inférieurs étendus, [...] canal vertébral très altérés dans le muscles de la face, [...]s et ligaments sains (2).

bres supérieurs. [...] [...]ouvellement accouchée, métrite. Octobre, parole nulles; [...] [...]es pelviens, insensibilité des téguments. rations, déglut[...] 18, face altér[...] noirâtre; pu[...] du tronc e[...] fréquent, [...]

(1) Abe[...] [...]ourse of *Lectures on the physiology and pathology of the central* [...]delphia, 1860, p. 62.

[...] *Medical Times*, 1841, t. IV, p. 256.

[...] *cliniques de Montpellier*, 1819, — et Ollivier, *Maladies de la moelle* [...] t. II, p. 367.

lysie des membres supérieurs; enfin, délire, état
forte coloration de la moelle. Vive injection de
. Adhérence très intime des méninges qui,
nal rachidien, se laissent déchirer plutôt
nerveuse (1).

ans, faible, dartreux. 26 novem-
èche, salive visqueuse, acide,
te, égale, profonde, avec
sanguinolente, pouls
onstipation. Le 30,
cart de régime,
hlegmon sur
général.
sang
aucoup
s le tissu
ale. Cordons
même niveau.

douleurs abdominales,
gue d'un rouge vif, sèche;
et dents fuligineuses; parole
rapide. Mort. — Épaississement
de la pie-mère rachidiennes, avec
au de la sixième dorsale et de la queue
r le ligament antérieur. Ramollissement
t spécialement du cordon droit, au niveau de
e dorsale. Hépatisation pulmonaire (3).

Homme de la campagne, sourd, hémorrhoïdaire.
e ans, faiblesse des membres inférieurs, douleur au
aux lombes, pesanteur sur l'anus, excrétion de l'urine
; paraplégie, douleurs violentes dans les membres inférieurs,
tion catarrhale, irritation des voies digestives. Mort. — Sous la
dure-mère vertébrale, épanchement abondant de sérosité. Pie-mère d'une couleur rouge-brune, et parsemée de lamelles blanches d'aspect cartilagineux, surtout au niveau des dernières vertèbres dorsales. Dans la portion lombaire, elle est entourée d'une matière gélatineuse concrète. La moelle, dépouillée de ses enveloppes, paraît très ramollie et diffluente. La même altération se continue

(1) Rostan, *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 513.
(2) Fallot, *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 1847, p. 249. (*Gaz. méd.*, 1847, p. 812.)
(3) Crouzit, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, nº 139, p. 13.

muscles respiratoires. Des convulsions énergiques, spontanées ou réflexes ont lieu dans les quatre membres. Il existe une hyperesthésie très prononcée aux membres et au tronc. Cris au moindre contact. Récemment, convulsions augmentées, délire, et mort huit heures après un état d'exquise sensibilité. — Traces d'ancienne méningite spinale, et de récente méningite cérébrale. Tubercules sur l'hémisphère cérébral gauche. Ramollissement des colonnes postérieures de la moelle, principalement à la hauteur des sixième et septième vertèbres cervicales, s'étendant en diminuant jusqu'à la moelle allongée, et jusqu'au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales [1].

LI[e] Obs. — Marin, vingt-un ans, lymphatique; douleur à la partie inférieure de la région dorsale, avec difficulté dans l'émission de l'urine, devenue bientôt involontaire, ainsi que la défécation; paraplégie complète, mais avec persistance de la sensibilité; trémulation des membres inférieurs, quelques sensations dans les orteils, pouls 77, plus fréquent le soir; frissons, insomnie, excoriation des fesses, des cuisses et du pénis, par l'écoulement incessant de l'urine; léger priapisme, eschares sur les points ulcérés, diarrhée, mort. — Dépôt de lymphe coagulable sous la pie-mère très injectée. Moelle épinière depuis la dernière dorsale jusqu'à son extrémité inférieure ramollie et ressemblant à de la crème mélangée de fraises. Méninges rachidiennes très vasculaires et dans un état de congestion [2].

LII[e] Obs. — Jeune soldat, récemment guéri de fièvre pétéchiale, douleurs dans la région dorsale, difficulté de mouvoir les membres inférieurs, suppression d'urine, selles involontaires, débilité générale. Bientôt, paraplégie complète, paralysie des membres supérieurs, perte de la parole, intégrité de l'intelligence. Quinze jours après cet état d'immobilité, mort subite. — Pas de lésion encéphalique, thoracique ou abdominale. Moelle épinière plongée au milieu d'une grande quantité de fluide sanieux; en suppuration et désorganisée à la partie inférieure de la région dorsale, mais sans changement de forme. Membranes et périoste du canal vertébral très altérés dans le point correspondant. Vertèbres et ligaments sains [3].

LIII[e] Obs. — Femme nouvellement accouchée, métrite. Octobre, immobilité des membres pelviens, insensibilité des téguments.

[1] Brown-Sequard, *Course of Lectures on the physiology and pathology of the central nervous system*. Philadelphia, 1860, p. 62.

[2] Alexander Blyth, *Medical Times*, 1841, t. IV, p. 256.

[3] Brera, *Annales cliniques de Montpellier*, 1819, — et Ollivier, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 367.

Bientôt après, paralysie des membres supérieurs; enfin, délire, état comateux, mort. — Forte coloration de la moelle. Vive injection de la substance médullaire. Adhérence très intime des méninges qui, dans toute l'étendue du canal rachidien, se laissent déchirer plutôt que de se séparer de la pulpe nerveuse [1].

LIVe Obs. — Homme, vingt-sept ans, faible, dartreux. 26 novembre, grande débilité, pâleur, langue sèche, salive visqueuse, acide, pas de soif ni d'appétit, respiration lente, égale, profonde, avec oppression; toux fréquente, expectoration sanguinolente, pouls régulier, faible, 70; peau aride, rugueuse; constipation. Le 30, rétention d'urine, amélioration de peu de durée, écart de régime, lienterie, pouls filiforme, douleur et rigidité du dos, phlegmon sur la région sacrée. 7 janvier, suffocation, refroidissement général. Mort. — Système veineux de l'encéphale et du rachis plein de sang noir et fluide. Cavité de l'arachnoïde rachidienne contenant beaucoup de sérosité roussâtre. Quelques gouttelettes de pus dans le tissu sous-arachnoïdien, vis à vis la dernière vertèbre dorsale. Cordons antérieurs de la moelle ramollis superficiellement au même niveau. La partie ramollie est d'un jaune rougeâtre [2].

LVe Obs. — Jardinier, vingt-sept ans, douleurs abdominales, selles sanguinolentes, vomissements, langue d'un rouge vif, sèche; tête douloureuse. Pneumonie, langue et dents fuligineuses; parole nulle, fièvre intense, affaiblissement rapide. Mort. — Épaississement tomenteux de l'arachnoïde et de la pie-mère rachidiennes, avec épanchement sanguin au niveau de la sixième dorsale et de la queue de cheval, et, en avant, sur le ligament antérieur. Ramollissement pulpeux de la moelle, et spécialement du cordon droit, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Hépatisation pulmonaire [3].

LVIe Obs. — Homme de la campagne, sourd, hémorrhoïdaire. Depuis quatre ans, faiblesse des membres inférieurs, douleur au sacrum et aux lombes, pesanteur sur l'anus, excrétion de l'urine difficile; paraplégie, douleurs violentes dans les membres inférieurs, affection catarrhale, irritation des voies digestives. Mort. — Sous la dure-mère vertébrale, épanchement abondant de sérosité. Pie-mère d'une couleur rouge-brune, et parsemée de lamelles blanches d'aspect cartilagineux, surtout au niveau des dernières vertèbres dorsales. Dans la portion lombaire, elle est entourée d'une matière gélatineuse concrète. La moelle, dépouillée de ses enveloppes, paraît très ramollie et diffluente. La même altération se continue

[1] Rostan, *Gazette des Hôpitaux*, 1846, p. 513.
[2] Fallot, *Journ. de Méd. de Bruxelles*, 1847, p. 249. (*Gaz. méd.*, 1847, p. 812.)
[3] Crouzit, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 139, p. 13.

parmi les nerfs de la queue de cheval. Vessie urinaire très contractée et rouge à l'intérieur. Tout le cadavre est très émacié. Eschare gangreneuse sur le sacrum (¹).

LVIIᵉ Obs. — Un adulte très robuste subit l'opération de l'hydrocèle par incision. Troisième jour, douleur locale, fièvre intense, délire, sensation pénible le long du rachis. Septième jour, trismus, roideur des muscles postérieurs du cou et de tout le tronc, recourbé en arrière; membres dans une extension forcée; déglutition impossible, respiration difficile, ventre météorisé, constipation, peau chaude, couverte d'une sueur abondante; pouls vibrant et fébrile. Mort. — Méninges crâniennes saines, sauf un peu d'injection veineuse. Encéphale sain. Face postérieure de la dure-mère rachidienne d'une couleur rouge foncée, surtout à la région cervicale et à la région lombaire. Cette coloration manque en avant. Arachnoïde très injectée, contenant beaucoup de sérosité. Toute la partie postérieure de la moelle est ramollie, non l'antérieure; racines postérieures également altérées (²).

LVIIIᵉ Obs. — Homme robuste. 1ᵉʳ mai, petite ampoule à la cuisse gauche, surmontant une tumeur à base noirâtre. 4, céphalalgie, vomissements. 8, centre de la tumeur déprimé, sec, noir, insensible, entouré d'un bourrelet saillant, livide (pustule maligne?) l'eschare se détache. 17, gêne dans les mouvements des mâchoires, tremblements convulsifs avec roideur de la jambe gauche. 19, roideur du cou, contractions involontaires et rapides se propageant du membre malade à la tête. 20, tête renversée en arrière, face rouge, pouls dur et très fréquent, sueurs abondantes, constipation. 22, dévoiement. 23, trismus complet, convulsions, mort. — Rigidité persistant encore après quarante heures. Pétéchies à la partie postérieure du corps. Vaisseaux rachidiens injectés de sang noir. Dure-mère colorée par le sang qui en a baigné la surface externe. Membrane propre de la moelle rouge et épaissie. Depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la quatrième dorsale, ramollissement diffluent de la substance blanche de la moelle, avec teinte rosée ou blanc sale. La substance grise est moins désorganisée. Racines des nerfs colorées par le sang. La branche du sciatique se rendant au point malade est rouge et environnée d'un lacis vasculaire très développé (³).

LIXᵉ Obs. — Femme, trente ans, domestique, forte coustitution,

(¹) Folchi, *Exercitationes anat. pathol.*, t. II, p. 183.
(²) Marco Paolini, *Annali universali, etc.* (*Archives*, 1835, 2ᵉ série, t. VII, p. 371.)
(³) Monod, *Bulletin de la Société anatomique*, 1826, p. 161.

réglée à vingt ans, atteinte auparavant d'attaques de nerfs, et ayant eu, depuis, des migraines fréquentes et des étouffements. Il y a trois semaines, douleur vive dans le bras gauche, et, bientôt après, dans le côté gauche du thorax, avec engourdissement, sensation de brûlure, de picotement, de déchirure; faiblesse du bras, qui n'offre pas de contracture; frissons et exacerbations pendant la nuit; douleur le long des vertèbres cervicales et des 8 ou 9 premières dorsales, surtout du côté gauche, provoquée par la pression, laquelle rend en même temps l'épigastre douloureux; pouls 108, faible; chaleur anormale de la peau, inappétence, constipation, insomnie, marche et même exercice de la parole pénibles; pas de dyspnée. La veille de la mort, douleurs vives dans le bras droit, vomissements, cris, mouvements convulsifs des membres supérieurs, connaissance conservée. — Hydrothorax droit. Œdème et congestion pulmonaires; léger rétrécissement de l'orifice aortique. Méninges très injectées, surtout vis à vis la partie supérieure de la moelle épinière. L'arachnoïde y est épaisse. La membrane propre de la moelle est également épaissie et parsemée d'arborisations très nombreuses. Substance grise rachidienne fort rouge et un peu ramollie. Le piqueté se termine d'une manière brusque. La substance blanche n'est que légèrement injectée (1).

LXe Obs. — Homme, trente-quatre ans, bonne constitution, tourneur; il fait mouvoir la roue avec un pied. Sans autre cause, engourdissement, fourmillement des jambes; gêne pour tourner la roue, marche pénible, puis impossible; dans les lombes, douleur légère, superficielle; sensation de roideur, difficulté de mouvoir le rachis; dans la région inférieure et antérieure de l'abdomen, douleurs qui suivent le trajet des nerfs. Dyspnée, constipation, urines involontaires; douleur avec sentiment de torsion, du pli de l'aine au creux poplité et au genou, engourdissement dans les jambes, sensibilité cutanée conservée. Amélioration; puis aggravation dans l'espace de vingt mois. A la fin, maigreur excessive, aucune déviation du rachis, pression non douloureuse, sens, intellect intacts; tristesse, mouvements des membres supérieurs libres, membres inférieurs dans un état de contracture constante; résistance à la flexion; mais celle-ci, commencée, s'achève vite; il en est de même pour l'extension; les grands efforts de la volonté ont quelque action sur les membres paralysés; sensibilité conservée, mais modifiée, émoussée vers les pieds; parfois, douleurs vives, et passagères, dans les jambes, s'accompagnant d'une extension brusque; état fébrile, coliques, dyspnée, dilatation de la pupille droite. Mort dans

(1) Maurisset (service de Récamier), *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 611.

un état d'asphyxie. — Encéphale normal. Moelle saine dans sa partie supérieure. Depuis le niveau de la deuxième vertèbre dorsale jusqu'à l'extrémité, ramollissement, et même à la partie inférieure, diffluence. Les cordons médullaires atténués ne sont apparents qu'aux deux extrémités du ramollissement. Dans le milieu, on ne distinguait que la substance grise comme infiltrée de gélatine ou même de pus liquide. Adhérence des deux feuillets arachnoïdiens, avec interposition, dans un point, d'un petit caillot noir et fibrineux. Nerfs rachidiens légèrement atrophiés (1).

LXIe Obs. — Homme, trente-six ans, forte constitution; à diverses reprises, douleurs au cou, vers la cinquième vertèbre cervicale, suivies d'accès épileptiformes. A la fin de l'automne, paralysie complète du mouvement de toutes les parties situées au-dessous du cou, respiration simplement diaphragmatique, ventre ballonné, constipation, rétention d'urine, intégrité de l'intelligence, sensibilité de la peau très exaltée, sensations alternatives de chaleur et de froid, bien que la température réelle ne changeât pas. — Fausses membranes adhérentes à la moelle, surtout à sa face antérieure, au niveau des dernières vertèbres cervicales. En cet endroit, moelle pulpeuse, diffluente et infiltrée de sérosité. Au-dessus et au-dessous, coloration d'un rouge obscur. Cordons postérieurs mous, infiltrés, désorganisés à un plus haut degré que les antérieurs. Cette altération est visible à l'œil nu; de plus, Tood constate, au microscope, qu'une partie des tubes nerveux sont détruits, et que la substance corticale a presque disparu (2).

LXIIe Obs. — Homme, trente-six ans. chute avec percussion sur le dos, perte immédiate du mouvement des membres inférieurs, excrétion involontaire des urines et des matières fécales. Un mois après, maigreur, perte persistante du mouvement, sans perte du sentiment dans les membres inférieurs; pression douloureuse sur les troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Selles liquides et involontaires, urine mêlée de mucosités et rendue sans conscience, puis retenue; respiration lente; l'intellect et les diverses fonctions sont peu troublés; trismus; opisthotonos quarante-huit heures avant la mort. — Pas de traces de lésion dans les os du rachis. Pie-mère spinale injectée à un haut degré, surtout à la région dorsale. Ramollissement considérable et très étendu de la moelle, affectant principalement les cordons antérieurs (3).

(1) Prus, *Revue médicale*, 1840, t. IV, p. 373.

(2) Webster, *Medico-chirurg. Transact.*, 2e série, t. VIII. (*Archives*, 1844, 4e série, t. IV, p. 90.)

(3) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 516.

LXIIIe Obs. — Homme, renfermé pendant dix-sept ans dans les prisons de Padoue; il avait fait, à dix-huit ans, une chute d'où étaient résulté une faiblesse des membres inférieurs et de la lenteur à rendre les urines et les selles. Trois ans après survinrent des symptômes de myélite; une paraplégie du sentiment et du mouvement en fut la suite. A cet état se joignirent des vomissements quotidiens, en même temps que les selles et les urines se supprimèrent. Après huit ans, les vomissements, qui avaient été stercoraux, diminuèrent parfois. Cet individu mourut à trente-six ans, après avoir éprouvé une fièvre vive, une sorte de *phlegmatia alba dolens*, une consomption portée à l'extrême. — Grande quantité de sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde spinale. Face postérieure de la moelle injectée, depuis le niveau de la troisième ou quatrième vertèbre dorsale jusqu'à l'extrémité de cet organe, qui est très consistant dans toute son étendue. Pas d'altération des nerfs spinaux ni de leurs racines. Estomac très ample. Vésicule biliaire pleine de calculs. Épiploon formant bride et s'attachant au mésorectum. S du colon rétrécie. Vessie très étroite [1].

LXIVe Obs. — Un berger, âgé de trente-neuf ans, lymphatique; se plaint, en juillet, de douleurs vives dans les lombes. Elles disparaissent. Bientôt après, perte de la vue, surtout de l'œil gauche; légers mouvements convulsifs dans les membres inférieurs, avec sentiment de crampe; roideur, démarche chancelante, chutes fréquentes. 18 septembre, jambe gauche entièrement paralysée, la droite un peu faible; pouls fort et fréquent, vue de l'œil gauche à peu près nulle, celle du droit affaiblie; intégrité de l'intelligence, ainsi que des fonctions des membres supérieurs. En octobre, paralysie complète jusqu'au niveau des côtes (moxas à la nuque). Diminution de la cécité et de la paralysie des membres inférieurs, eschare sur le trokanter, pouls fréquent, peau chaude, langue rouge et sèche, soif vive, anorexie, diarrhée. 20 novembre, maigreur, face grippée, pouls petit et concentré, rétention et incontinence d'urine, déjections alvines involontaires, perte de la sensibilité et de la motilité de tout le cercle inférieur, œdème des jambes et des cuisses, aggravation, frissons. Mort le 27, — Cerveau sain, à peine une cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux. Légères adhérences entre les feuillets de l'arachnoïde spinale. Moelle ferme dans son tiers supérieur. A partir de cette limite, dure-mère épaissie, mais facile à déchirer. Moelle volumineuse, molle, de couleur terne, grisâtre. Pie-mère très injectée. Injection plus prononcée encore sur le

[1] Moutesanto, *Annali universali di Medicina*, 1835. (*Gazette médicale*, 1836, p. 36; *Archives*, 2e série, t. X, p. 493.)

renflement inférieur, avec couleur brunâtre et ramollissement diffluent au centre. Cette partie de la moelle offrait du véritable pus. Au milieu de cet abcès, quelques vaisseaux flottaient librement. Vessie urinaire rouge, tapissée par une fausse membrane ([1]).

LXV[e] Obs. — Homme, quarante ans. Depuis dix mois, paralysie générale et mélancolie. A la fin, attaque de convulsions, suivie de perte des forces et d'impossibilité de se tenir debout. La paralysie augmente, s'étend aux sphincters. — L'hémisphère cérébral droit pèse une once de moins que le gauche. Moelle ramollie, et en quelques points ayant l'apparence d'une crème. Arachnoïde en général enflammée, et à sa surface interne couverte de pus fétide ([2]).

LXVI[e] Obs. — Jeanne Balade, âgée de quarante ans, de Saint-Médard-en-Jalle (Gironde), mariée, ayant eu deux enfants, le dernier âgé de cinq ans, blanchisseuse, d'une bonne constitution, d'une stature très élevée, et d'un tempérament lymphatico-sanguin, a eu à diverses reprises des fièvres intermittentes. La menstruation a été régulière de seize à trente ans; depuis, elle n'a eu lieu que tous les deux ou trois mois, et ne durait que deux jours. Au mois d'août 1848, cette femme s'étant mouillée les jambes, le corps étant en sueur, il survint des douleurs dans les membres inférieurs, et particulièrement aux articulations, avec sentiment de fourmillement et d'engourdissement à la plante des pieds. La marche devient très difficile, les douleurs augmentent par la pression, la station debout est elle-même presque impossible; il y a eu parfois de la fièvre, revenant par accès sous le type tierce; ces accès étaient toujours précédés d'un frisson prolongé pendant une heure; cette fièvre, après avoir duré pendant un mois, a été arrêtée par le sulfate de quinine, et ne s'est plus manifestée que par quelques accès irréguliers; l'état douloureux des membres inférieurs ayant persisté, la malade est entrée à l'hôpital Saint-André le 13 avril 1849, et a offert les symptômes suivants :

Teinte pâle de la face, amaigrissement général, pouls calme, peu développé; pas de toux ni de céphalalgie, douleurs dans les membres inférieurs, surtout au niveau des articulations tibio-tarsiennes et tibio-fémorales; sentiment de faiblesse dans ces parties, pas de chaleur ni de rougeur, mais le genou droit paraît un peu plus volumineux que le gauche; les douleurs augmentent par la pression ; la marche et la station debout sont impossibles; les douleurs dans la région lombaire sont augmentées par la pression exercée sur les apophyses épineuses, celle de la quatrième vertèbre lombaire est surtout très sensible. Point de difformités apparentes de la colonne

([1]) Alengry, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1826, n° 88.

([2]) H. Obre, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1857, t. VIII, p. 16.

vertébrale. La sensibilité persiste dans les membres inférieurs; la motilité n'y est point éteinte, car lorsque la malade est étendue, elle peut facilement les soulever. Percussion thoracique sonore; murmure respiratoire normal.

Du 16 avril au 6 mai, même état. (Emploi successif de vésicatoires volants et de cautères sur la région lombaire, et de bains avec addition de 100 grammes de sulfure de potasse.)

7 mai, faiblesse persistante dans les membres inférieurs, fourmillement à la région plantaire, pouls calme, intelligence nette, réponses précises, état normal des membres supérieurs. Au milieu du jour, et subitement, perte de connaissance pendant dix minutes; mouvements convulsifs affectant surtout les membres supérieurs; point d'écume à la bouche. Bientôt après, délire violent, face injectée, puis affaiblissement profond.

8. Teinte jaunâtre de la peau, langue sèche, douleurs épigastriques, sentiment de profonde faiblesse, pupilles non dilatées, pouls 60, constipation. (Vésicatoires aux jambes, lavement avec infusion de séné.)

9. Soubresauts des tendons, contraction violente des muscles de l'avant-bras, immobilité complète des membres inférieurs, délire sourd. La malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Pouls petit, 80; pupilles non dilatées. (Vésicatoire à la nuque, potion avec musc 0,25.) Soir, même état, pouls 100.

10. Pouls petit, 88; extrémités froides, paroles incohérentes, langue un peu sèche et blanchâtre, pupilles naturelles. (Potion avec musc 0,25; lavement avec assa-fœtida et camphre de chaque 0,50.)

Soir, pouls peu développé, 92; la malade répond mieux aux questions, sensibilité un peu diminuée aux membres supérieurs et inférieurs; pas de contraction des muscles de la face quand on pince la peau.

11. Moins de soubresauts des tendons, pouls petit, langue rouge, pointue; pupilles resserrées. (Même traitement.) Soir, pommettes colorées, peau moite, pouls 100, pas de selles. (Lavement avec le séné.)

12. Pouls très petit et fréquent, tête fortement renversée en arrière, regard fixe, pupilles non dilatées, parole nulle, contraction violente des muscles, soubresauts des tendons.

13. Même état, évacuations alvines et urinaires involontaires. 14. Un peu de calme, pouls 104. (Infusion de valériane, 100 grammes.) 15. Pouls imperceptible. Mort.

Nécropsie. — Flaccidité musculaire; on note la longueur de la taille du sujet, le torse lui-même paraît très long; les organes thoraciques et abdominaux n'offrent aucune particularité morbide.

Le crâne ouvert, on trouve une très large infiltration séreuse sous l'arachnoïde; la pie-mère est injectée, la substance cérébrale ne l'est pas, elle paraît plutôt consistante que ramollie; les ventricules et les parties qu'ils renferment ne présentent pas de lésion; le cervelet et le mésocéphale sont à l'état normal, la cavité de l'arachnoïde rachidienne présente l'accumulation d'un liquide séro-sanguinolent, et un commencement de fausse membrane recouvrant le feuillet viscéral; la moelle, examinée dans toute son étendue, paraît en général atrophiée; la diminution de volume est surtout sensible immédiatement au dessous du bulbe et dans la région dorsale; vers le milieu de cette région, se trouve un ramollissement tel que sans la présence des méninges, la continuité du cordon rachidien n'aurait pu être maintenue. La membrane propre ouverte avec beaucoup de précaution, il a été reconnu qu'il y avait à peu près interruption dans la substance de la moelle. Ce n'était nullement le résultat d'une distension et d'une déchirure, mais l'effet d'une perte morbide de substance. Le tissu extrêmement ramolli et friable de cette partie de la moelle n'est que peu injecté.

LXVIIe Obs. — Femme, quarante-un ans, garde malade; il y a vingt-deux mois, forte douleur dans le côté gauche de la poitrine. Trois mois après, céphalalgie violente, yeux très rouges et fort sensibles, douleurs dans les jambes, les genoux, les pieds; fourmillements et engourdissement dans ces parties, et surtout à la jambe droite; marche difficile, diminution de la sensibilité et de la motilité; mais, de temps à autre, douleurs lancinantes s'étendant des membres abdominaux aux épaules, surtout du côté droit; jambes fortement contractées, principalement la droite; eschare sur le sacrum, avec douleur vive et gonflement des parties voisines; sommeil nul, évacuations involontaires, tête lourde; la malade croit voir voltiger des mouches; règles supprimées depuis huit mois, douleurs opiniâtres le long du rachis, bras droit fortement contracté, difficilement étendu; la sensibilité y est émoussée; exacerbation fébrile vers le milieu du jour, diarrhée, dyspnée, sentiment de pesanteur à l'ombilic, assoupissement, vomissements, agonie. — Peu d'amaigrissement. Substance corticale du cerveau injectée. Substance médullaire ferme, injectée. Canal rachidien verdâtre dans son tiers inférieur. Queue de cheval baignée par un liquide jaune verdâtre de la consistance du pus, exhalant une odeur particulière. L'arachnoïde, épaissie, présente plusieurs petites plaques d'un blanc opalin, d'aspect cartilagineux. Membrane propre de la moelle rouge. Moelle très ramollie, en bouillie, ainsi que la queue de cheval. Sacrum et vertèbres, jusqu'à la neuvième dorsale, altérés, spongieux, faciles à entamer. Nerf sciatique droit très mou à son origine.

Au-dessous de la moelle allongée, l'arachnoïde est incrustée de trois plaques cartilagineuses. Le renflement cervical de la moelle est ramolli. Les vertèbres correspondantes ont leur corps spongieux, rougeâtre et peu résistant ([1]).

LXVIIIe Obs. — Femme, quarante-deux ans, logement humide, affection rhumatismale. Engourdissement, sans douleur, du membre inférieur gauche, puis du droit. Plus tard, semi-paralysie, étendue aux membres supérieurs; sensibilité obtuse, lente à se développer; myotilité de plus en plus affaiblie, intelligence intacte. — Moelle petite. Adhérence des deux feuillets de l'arachnoïde. En arrière, pseudo-membrane blanche sous-arachnoïdienne, engaînant la moelle. Dégénération grise des cordons postérieurs de la moelle. Atrophie des racines postérieures des nerfs spinaux. Péricardite ancienne ([2]).

LXIXe Obs. — Femme, quarante-quatre ans, blanchisseuse, jambes dans l'eau, fatigues, rhumatisme léger. 8 octobre, difficulté de mouvoir la mâchoire inférieure, rigidité du cou, sentiment de tension dans les membres. Troisième jour, contractions tétaniques violentes dans le tronc et les membres, tronc courbé en arrière, membres supérieurs roides et étendus, serrés contre la poitrine et portés un peu en arrière; membres inférieurs contractés et tendus, respiration fréquente et faible, pouls fort et fréquent, peau chaude, disposée à la sueur; intellect libre, sensibilité normale, soif vive, langue sèche et rouge, constipation, dysurie. Mort le cinquième jour. — Encéphale sain. Dans le canal vertébral, sous la dure-mère, sérosité rougeâtre. Pie-mère rachidienne très vasculaire en avant, non en arrière. Sur la partie antérieure de la moelle, immédiatement au-dessous de l'entrecroisement des pyramides antérieures, une série de petits renflements sphériques ou oblongs, de la grosseur d'un grain de millet ou d'une lentille. La moelle est molle, tuméfiée, saillante et d'un blanc sale tirant sur le jaune, à sa face antérieure; à l'intérieur, elle présente des petits points rouges. Toute sa partie postérieure est normale. Racines postérieures des nerfs rachidiens également saines. Racines antérieures ramollies, d'un blanc jaune, se détachant avec facilité, et présentant çà et là des petits renflements semblables à ceux de la moelle ([3]).

LXXe Obs. — Homme, quarante-sept ans, paralysie générale et manie, exaltation religieuse. — Cerveau ferme. 5 à 6 drachmes de sérosité dans les ventricules latéraux. Ramollissement de la moelle

([1]) Brierre, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1826, t. II, p. 187.

([2]) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 32e livraison, planche XI, p. 21.

([3]) Poggi, *Annali univers.*, 1828. (*Revue méd.*, 1828, t. III, et *Archives*, t. XVIII, p. 106.)

dans ses trois quarts supérieurs. Arachnoïde épaissie et opaque dans les mêmes points, et recouverte d'une fausse membrane, à laquelle elle adhère [1].

LXXI° Obs. — Homme, cinquante ans, lymphatico-sanguin, vivant dans l'aisance, mais sans excès. Jadis, blennorrhagie et rétrécissement de l'urètre. Il y a dix-huit mois, fièvre intermittente rebelle et sujette à récidive, dysurie; cathétérisme extrêmement douloureux, cautérisation du rétrécissement de l'urèthre, douleurs considérées comme rhumatismales à la partie supérieure du dos, aux épaules et aux bras; accès de fièvre tous les soirs; paralysie des membres supérieurs, marche et station difficiles. Bientôt après, paralysie des membres inférieurs, fréquence du pouls, pas de chaleur à la peau, évacuations alvines très difficiles, excrétion de l'urine à peu près impossible, urines glaireuses et puriformes. Mort. — Muscles et tissu cellulaire de la région postérieure du rachis d'une couleur rouge noirâtre, très gorgés de sang, et se déchirant avec facilité. Depuis la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la onzième dorsale, méninges vivement enflammées, épaissies, denses, d'un rouge très intense, et recouvertes d'une matière sanguinolente semblable à de la lie de vin. Moelle, dans les même points, ramollie et d'une couleur rosée assez vive [2].

LXXII° Obs. — Homme, cinquante ans; depuis cinq années, il ne pouvait demeurer tranquille sur ses pieds ni marcher d'une manière régulière; sa démarche était vacillante comme celle d'un homme ivre. Les membres supérieurs s'agitaient, à moins d'être retenus par un point fixe; ainsi, il ne pouvait porter l'aliment à la bouche qu'après beaucoup d'hésitation. La constitution paraît pléthorique, la face est rouge, les yeux sont abattus, les facultés intellectuelles faibles; il y a un état de stupeur; le malade balbutie, quelquefois on ne peut le comprendre; du reste, les fonctions nutritives sont normales; il n'y a aucune douleur. Mais, au bout de quelques mois, la respiration devint difficile, stertoreuse, un peu accélérée; la face vultueuse, les yeux étant saillants. Pouls dur et fréquent, décubitus dorsal, évacuations involontaires. Après une légère amélioration par une saignée, l'état s'aggrave, et la mort a lieu quelques jours après. — Vestiges de pleurésie. Légère exostose du corps des quatrième et sixième vertèbres dorsales, saillantes du côté gauche dans le thorax. Crâne assez épais. Effusion séreuse entre la dure-mère et l'arachnoïde. Cerveau un peu dur, petit. Glande pinéale difficilement trouvée. Ventricules pleins de sérosité. Les autres

[1] Boyd, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1857, t. IX, p. 10.
[2] Potain, *Revue médicale*, 1827, t. III, p. 240.

parties de l'encéphale saines. Moelle allongée peu développée. Dure-mère couverte de pus, depuis la dernière cervicale jusqu'au niveau de la sixième dorsale, et adhérant plus ou moins aux vertèbres elles-mêmes. Cette membrane ouverte, la partie postérieure de la moelle se montre, précisément aux mêmes points, rouge, enflammée, recouverte de lacis de vaisseaux très injectés, et ayant contracté, avec sa gaîne, des adhérences filamenteuses et membraneuses à l'aide de lymphe plastique. Les racines postérieures des nerfs dorsaux sont elles-mêmes distinctement enflammées. A la queue de cheval, des productions pseudo-membraneuses se trouvent entre les nerfs qui la composent. Entre l'arachnoïde épaissie et la pie-mère, on voit une lymphe jaune, concrète, presque analogue à du blanc d'œuf. A sa partie antérieure, la moelle est moins enflammée qu'en arrière, surtout à la région dorsale. Toutefois, les adhérences y sont fort analogues; mais les racines antérieures des nerfs sont moins enflammées et plus blanches, tandis qu'à la queue de cheval, ce sont les nerfs antérieurs qui offrent l'inflammation la plus étendue [1].

LXXIIIe Obs. — Bertrand Lafaye, âgé de cinquante-cinq ans, né à Saint-Meyme (Dordogne), commis-négociant, demeurant à Bordeaux, d'une constitution assez forte, de stature moyenne, de tempérament lymphatico-sanguin (peau blanche, iris et cheveux noirs), a joui d'une assez bonne santé; il n'accuse d'autre maladie que deux blennorrhagies contractées il y a plus de douze ans et guéries. Depuis trois ans, cet individu éprouve dans les membres inférieurs une faiblesse qui a augmenté peu à peu, et qui est arrivée au point de rendre la marche à peu près impossible. Depuis la même époque, il y a des douleurs dans les lombes. Depuis six mois, elles sont devenues plus vives et presque continues; des fourmillements se sont manifestés à la plante des pieds, et des douleurs se sont propagées le long des nerfs sciatiques; les membres inférieurs ont manifestement maigri; une faiblesse assez marquée s'est emparée des membres supérieurs, principalement du droit, en même temps les évacuations alvines et urinaires sont devenues de plus en plus difficiles. Il y a une constipation opiniâtre et habituelle, et le malade a été obligé d'apprendre à se sonder pour pouvoir évacuer la vessie à volonté. Depuis le même espace de temps (six mois), il y a une céphalalgie presque constante, mais peu intense, des vertiges, le sommeil est agité par des rêves pénibles; il y a eu quelques palpitations de cœur, l'appétit s'est maintenu. Ce malade a été admis à

[1] Schroeder van der Kolk, dans van der Lith, *De vitiis nervorum organicis*. Amstelodami, 1838, note, p. 63.



l'hôpital Saint-André (service de la clinique interne), le 16 mai 1851.

Chaleur normale de la peau, pouls très petit, assez fréquent; yeux profondément enfoncés dans les orbites, regard un peu égaré, léger désordre dans les idées, lenteur dans les réponses, faiblesse, amaigrissement considérable des membres inférieurs, marche absolument impossible, fourmillement à la plante des pieds, membres supérieurs faibles, mais moins que les inférieurs; cette faiblesse est surtout marquée au côté droit; sensibilité un peu obtuse, constipation, dysurie, épigastre indolent, appétit diminué, nausées, et quelques vomissements depuis huit jours.

18. Vomissements abondants depuis hier de matières brunâtres, ayant la couleur du chocolat et une odeur aigre nauséabonde; hoquet presque continuel, dureté manifeste à l'épigastre, qui est devenu sensible à la pression. (Large emplâtre diachylum camphré sur cette région, eau de seltz, lavements émollients, lait froid.)

19. Les vomissements ont cessé depuis hier soir. 20, vomissements brunâtres, une évacuation alvine peu abondante. 21, vomissement couleur chocolat, avec odeur aigre; faiblesse extrême. Mort le 22.

Nécropsie. — L'estomac est le siége d'un cancer qui occupe la petite courbure de cet organe, assez près du pylore; il forme une tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant dans quelques points la résistance du fibro-cartilage, et en d'autres, la mollesse d'un fongus; plusieurs petites tumeurs dures, sous-péritonéales, avoisinent le lobe gauche du foie; les autres organes de l'abdomen et ceux du thorax sont sains.

L'encéphale n'offre rien d'anormal, si ce n'est un très léger ramollissement de la voûte à trois piliers, et la présence d'un peu de sérosité dans les ventricules latéraux.

Après avoir ouvert le rachis, on remarque dans l'espace compris entre la sixième vertèbre dorsale et la troisième lombaire, un épanchement assez abondant de sérosité trouble; le feuillet viscéral de l'arachnoïde est opaque, épais; la moelle épinière est notablement ramollie, de couleur rosée, et injectée surtout dans les régions dorsale et lombaire. Cette altération occupe toute l'épaisseur du cordon rachidien.

LXXIVe Obs. — Horloger, cinquante-cinq ans; il s'enivre le 1er janvier et passe la nuit dans un corridor, à un froid de dix degrés sous zéro. Le 5, il n'a pu se réchauffer; décubitus dorsal, face pâle, yeux cernés, mouvements des paupières libres. 6, chaleur des membres sèche et exagérée; évacuations involontaires, contracture et immobilité des bras et des jambes, douleur le long du dos, un peu de roideur du cou, pouls 64, soif, intelligence saine. Le 8, engourdissement continu et très douloureux des membres; parfois, avec

élancements; rétention d'urine, constipation, somnolence, pouls 84, œdème des pieds. 9, contractilité électro-musculaire diminuée, surtout à gauche, pour le cercle inférieur, normale aux membres supérieurs; urine acide, un peu sanguinolente; eschare au sacrum, parole toujours facile, action libre de la bouche, membres supérieurs roides, dans l'adduction et la demi-flexion, sensibilité normale aux membres supérieurs et inférieurs; motilité nulle aux inférieurs, fourmillement et sensation d'engourdissement dans les deux pieds, aux faces dorsale et plantaire ; pouls faible, 56. Du 11 au 13, pouls 88, peau chaude, sensibilité extérieure éteinte aux membres inférieurs; hyperesthésie des masses musculaires, urine très rouge, peu acide, contenant beaucoup de mucus. Le 14, affaiblissement, peau d'un jaune clair, sensibilité électro-musculaire normale au tronc et aux membres supérieurs, presque nulle aux cuisses, nulle aux jambes et aux pieds; contractilité électro-musculaire nulle aux jambes et aux pieds, presque nulle aux cuisses, diminuée aux membres supérieurs, normale au tronc et à la face. Le 20, respiration 48, pouls 96, râle, agonie. — Méninges rachidiennes normales, si ce n'est vis à vis les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales où elles ont perdu leur transparence et pris une teinte un peu jaunâtre; aux mêmes points, la moelle est plus large, ramollie au centre, de couleur gris rougeâtre. Méninges cérébrales un peu épaissies, avec quelques plaques opalines. Cœur et foie très gras. Reins décolorés (1).

LXXVe Obs. — Homme, cinquante-six ans, exposition au froid à la fin de mars; douleur à tout le côté droit du corps; céphalalgie, paralysie successive des membres droits, pouls 96, intellect sain. Au bout d'un mois, paralysie du bras gauche, léger délire momentané, stupeur, réponses assez justes, eschare au sacrum. Mort vers le quarantième jour. — Encéphale normal. Beaucoup de sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde rachidienne. Moelle dans un état de ramollissement complet de la deuxième à la dernière vertèbre cervicale (2).

LXXVIe Obs. — Paysanne, cinquante-six ans, bonne constitution. 3 avril, douleurs vives dans les régions lombaire et dorsale; rigidité du tronc et des membres. 8, avant-bras demi-fléchis, jambes fortement étendues, mâchoires serrées, prononciation difficile, cris; intelligence conservée, face injectée, yeux vifs et larmoyants, déglutition difficile, respiration laborieuse; peau chaude, halitueuse; pouls fort

(1) Aug. Voisin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1864, p. 73, et *Mémoire sur la méningo-myélite occasionnée par le froid*. Paris, 1865, p. 13.

(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 513.

et plein. 9, pouls plus fréquent; sang de la saignée couenneux; déglutition très difficile, râle, écume à la bouche, coma, convulsions, mort. — Grande rigidité des membres; vaisseaux encéphaliques injectés; beaucoup de sérosité dans le canal rachidien; feuillet pariétal de l'arachnoïde de couleur rosée très prononcée; arborisations sanguines sur toute la surface de la moelle, dont les cordons antérieurs sont ramollis, réduits en une pulpe molle semi-fluide, très colorée en rose, surtout dans les régions cervicale et lombaire, où sont quelques taches ecchymotiques. Région postérieure de la moelle à l'état normal (1).

LXXVIIe Obs. — Femme, lingère, cinquante-six ans. Depuis longtemps picotements, engourdissement dans les membres inférieurs; fatigue, infiltration des jambes, qui se paralysent; urines involontaires, douleurs, soubresauts; mouvements convulsifs des membres inférieurs; la paraplégie est complète; tout le cercle inférieur est inflexible; point de trouble sensible de la respiration; intellect conservé; pas de céphalalgie, mais parole embarrassée; bras sensibles et mobiles; rachis non douloureux; large eschare au sacrum. Constipation, rétention d'urine, laquelle est mêlée de pus; affaiblissement rapide, œdème des membres inférieurs, ascite, diarrhée. Mort environ trente-six jours après l'invasion de la paralysie. — Depuis la seconde vertèbre dorsale jusqu'à la deuxième lombaire, se trouve, entre les deux feuillets de l'arachnoïde, une couche épaisse de pus blanc, consistant; la dure-mère en est distendue; la membrane propre de la moelle présente un grand nombre de vaisseaux injectés en noir; tissu de la moelle ramolli dans toute l'étendue où elle est couverte de pus. Vers la sixième dorsale, il y a comme du sang épanché, et là le ramollissement, qui est d'une couleur brune, est plus prononcé qu'ailleurs (2).

LXXVIIIe Obs. — Boulanger, cinquante-six ans, gros, fort. En juin, il entre, ayant très chaud, dans une cave fraîche. Froid aux pieds, frisson violent, douleur à la région dorso-cervicale, inclinaison de la tête à droite, gêne des mouvements des membres droits. 16 juillet, contracture et paralysie de ces membres, fourmillements aux deux mains; sensibilité intacte, roideur légère des muscles du côté gauche du cou, plus forte à droite; pouls 92; évacuations volontaires. 28, intellect libre, station debout possible, mais difficile et fatigante; faiblesse générale, miction involontaire. 4 août, sensibilité conservée aux membres inférieurs, émoussée aux membres supérieurs. 9, diminution de la motilité aux membres inférieurs.

(1) Combette, *Bulletin de la Société anatomique*. (*Revue méd.*, 1831, t. II, p. 242.)
(2) Allain Dupré, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 56, p. 30.

18, insensibilité des membres, paralysie plus prononcée à droite; température de la main droite 35° 1/2, de la gauche, 34°. (Électrisation quotidienne, légère amélioration.) 1er octobre, atrophie des membres, teinte subictérique de la face, pouls petit, mou, affaiblissement physique et moral. Mort le 6. — Liquide céphalo-rachidien abondant, clair. Arachnoïde rachidienne parsemée, excepté à la région cervicale, de dépôts plastiques, floconneux, blanchâtres. Injection considérable de la pie-mère à la région dorso-cervicale. Sous l'arachnoïde de la portion lombaire, est accumulé un liquide où nagent des flocons blancs, et qui forme une tumeur de 15 centimètres de longueur; cette tumeur ouverte, on voit à la face postérieure de la moelle une veine très développée; moelle complètement ramollie dans la moitié droite du tiers inférieur de la portion cervicale, suivant une longueur de 3 centimètres, et au niveau des points d'émergence des cinquième, sixième et septième cervicales, ramollissement moindre de la moitié gauche. Dans le reste de son étendue, la moelle est peu consistante en quelques points, partout ses vaisseaux sont nombreux. Vaisseaux du cerveau et des méninges crâniennes injectés; dépôts plastiques blancs sur divers points de l'arachnoïde; rougeur des fibres musculaires normale (1).

LXXIXe Obs. — Homme, soixante-trois ans, ancien militaire, taciturne, indolent, marche chancelante, réponses lentes, quelques mots sans suite, paraplégie successivement augmentée, membres inférieurs fléchis et immobiles, mais conservant leur sensibilité; évacuations involontaires. — Pie-mère sur les éminences olivaires et pyramidales et sur toute la face antérieure de la moelle très dense, bleuâtre, pointillée; cette coloration est limitée de chaque côté par les racines antérieures et par le ligament dentelé. Face antérieure de la moelle et faisceaux qui la forment ramollis dans presque toute leur épaisseur; consistance diminuée des racines antérieures des nerfs rachidiens. État normal des parties postérieures de la moelle (2).

LXXXe Obs. — Serrurier, soixante-quatre ans; anciennes hémorrhoïdes avec flux abondant qui se supprime à cinquante-neuf ans, douleurs et engourdissements dans le bras gauche, puis dans le droit, plus tard dans la jambe gauche, et enfin dans la droite. Impossibilité de travailler, marche très difficile, mais évacuations alvines et urinaires soumises à la volonté. Au bout de deux ans, dé-

(1) Aug. Voisin, *Mémoire sur la méningo-myélite occasionnée par le froid*. Paris, 1865, p. 22.

(2) Royer-Collard, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1823, t. III, p. 157, — et Ollivier d'Angers, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 382.

cubitus obligé sur le dos, digestions assez bonnes, douleurs vives le long du rachis, surtout au bas de la région cervicale; membres supérieurs et principalement les doigts, siéges d'une chaleur et d'une démangeaison incommodes; sensibilité tactile non altérée; douleurs exaspérées par les moindres mouvements, qui provoquent dans les membres, dans les supérieurs principalement, des secousses convulsives, saccadées; parfois les convulsions sont spontanées. Dans les derniers mois, séjour au lit continu, évacuations involontaires, mais senties; puis inappétence, diarrhée, mort. — Pie-mère rachidienne, depuis le trou occipital jusqu'à la sixième paire des nerfs dorsaux, fortement épaissie et d'une couleur très foncée, grisâtre, et plus bas infiltrée de liquide albumineux. Moelle dure, cédant difficilement à l'instrument tranchant, dans un état presque cartilagineux. La substance médullaire a perdu sa blancheur naturelle; elle est d'un gris obscur et ne peut être distinguée de la substance centrale. Cette altération est plus prononcée dans la région cervicale qu'à l'extrémité inférieure de la moelle; état normal des nerfs rachidiens (1).

LXXXIe Obs. — Homme, soixante-quinze ans; il s'est jeté dans la Seine, le 3 janvier, par une température de —12 degrés, soutenu pendant trois-quarts d'heure par les glaçons. 5, abattement, air hébété, face rouge, peu de réponses, langue épaisse, un peu sèche, lèvres bleuâtres, pharynx tuméfié, baigné d'un mucus rougeâtre. Râle bronchique, respiration principalement diaphragmatique, 28 inspirations; diminution de sonorité. Pouls résistant, 92; peau chaude, moite; sensibilité cutanée obscure aux membres supérieurs, exagérée à la poitrine, à la tête, aux membres inférieurs, surtout à la plante des pieds. Mouvements réflexes faciles à produire. Le malade serre bien les deux mains, qui tremblent quand elles ne sont pas soutenues. Pupilles contractiles, la gauche plus dilatée que la droite. Urine très acide, colorée, avec nuage léger en suspension; acide nitrique seul sans action, avec la chaleur il colore en rouge écarlate. Foie volumineux. Agitation; le malade s'est mis trois fois debout sur le bord de son lit. Engouement pulmonaire, râle, mort le 6. — Rigidité pendant vingt-quatre heures; méninges cérébrales congestionnées, avec quelques plaques opalines sur l'arachnoïde; cerveau ferme; sérosité rougeâtre dans les ventricules latéraux; quelques artères cérébrales sont athéromateuses, et ont une consistance fibreuse; moelle légèrement ramollie au niveau de l'entrecroisement des pyramides antérieures; injection considérable de toute la face interne de la dure-mère; les autres méninges sont injectées

(1) Hutin, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828, t. I, p. 37.

à la région dorsale et opaques; moelle très molle surtout au centre, où elle est rougeâtre et très vasculaire; on y voit aussi une tache d'un gris rougeâtre; portion lombaire également diffluente; la partie centrale a une teinte gris-rougeâtre, et des taches ecchymotiques d'un rouge vif; cavités du cœur pleines de sang; engouement et apoplexie pulmonaires (1).

LXXXIIe Obs. — Cordonnier, soixante-dix-neuf ans. Depuis un an, convulsions portant le corps en avant, et l'agitant fortement ainsi que les membres; dans ces accès, urines et matières fécales lancées involontairement. Membres affaiblis, engourdis; sensibilité vivement exaltée dans les membres supérieurs. En janvier, agitation diminuée, douleur vive à la nuque, affaiblissement de la vue, fourmillements, tremblements, douleurs dans les membres thoraciques; fièvre, rêvasseries, délire tranquille. En mars, embarras subit de la respiration, mort. — Tubercules quadrijumeaux ramollis; moelle épinière très dense dans sa moitié inférieure, renflée d'une manière extraordinaire depuis le milieu de la région dorsale jusqu'au niveau du trou occipital; son tissu y est injecté et ramolli; les méninges y sont épaissies, opaques, grisâtres (2).

Résumé des observations de méningo-myélite.

I. Les 36 observations de méningo-myélite ont été recueillies chez 27 individus du sexe masculin et 9 femmes.

II.	2 sujets avaient	7 et 9 ans.	
	2	—	11 et 14 —
	4	—	de 21 à 30 —
	7	—	de 31 à 40 —
	6	—	de 41 à 50 —
	6	—	de 51 à 60 —
	2	—	63 et 64 —
	2	—	75 et 79 —

Ainsi, le plus grand nombre des cas se rencontre d'une manière presque uniforme de 20 à 60 ans.

III. La constitution a été le plus souvent forte, le tempérament sanguin ou lymphatico-sanguin; mais quelques sujets étaient faibles et lymphatiques. Dans un cas, la croissance

(1) Aug. Voisin, *Mémoire sur la méningo-myélite occasionnée par le froid*. Paris, 1865, p. 8.

(2) Butin, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828, t. I, p. 48.

avait été rapide (XLIX); chez une femme la menstruation rare et peu abondante (LXVI). Une autre femme était nouvellement accouchée (LIII).

IV. La profession n'a été indiquée que pour un certain nombre de sujets. Dans ce dénombrement restreint se trouvent deux blanchisseuses, une lingère, une garde-malade, un berger, un jardinier, un soldat, un tourneur, un boulanger, un serrurier, un cordonnier, un domestique, un commis négociant; c'est à dire des individus exposés aux vicissitudes atmosphériques, à l'humidité et au froid, et d'autres ordinairement soustraits à ces influences fâcheuses.

V. Quelques maladies plus ou moins anciennes, qu'avaient éprouvées les sujets affectés de méningo-myélite, ont eu des rapports d'origine avec celle-ci, telles étaient des convulsions, des paralysies datant de l'enfance, des maladies nerveuses, scrofuleuses, etc. Des affections plus récentes peuvent n'avoir pas exercé une moindre influence; tel est le rhumatisme (LXVIII, LXIX, LXXI), et tels sont divers dérangements des organes génito-urinaires, comme la blennorrhagie avec rétrécissement de l'urèthre (LXXI, LXXIII), une hydrocèle opérée par incision (LVII), une métrite (LIII). On a pu accuser encore des hémorrhoïdes anciennes, dont le flux avait été supprimé (LVI, LXXX).

VI. De toutes les causes de la méningo-myélite, la plus fréquente a été le refroidissement. Elle paraît assez évidente dans huit cas : c'est l'habitation d'un logement humide, nouvellement bâti (LXVIII), l'immersion des jambes dans l'eau froide (LXIX), l'impression du froid sur la peau chaude et couverte de sueur (LXVI, LXXV, LXXVIII), et un des sujets étant ivre (LXXIV). Un individu s'était jeté à la rivière par une température de 12 degrés sous zéro, et y avait passé trois heures, soutenu par d'épais blocs de glace (LXXXI). On cite encore, comme causes, les mauvais traitements, les percussions (XLIX, LXII), les longues fatigues (LXIX), celle, par exemple, qui résulte du mouvement continu imprimé par le pied à une roue (LX).

VII. La méningo-myélite a eu quelquefois des *prodromes* assez longs; ils ont même duré plusieurs années. C'étaient des douleurs, des picotements, des engourdissements, des tremblements, des roideurs, ou une faiblesse croissante dans un membre ou dans deux membres. C'étaient souvent les jambes, les pieds; d'autres fois un bras, une main, puis l'autre, et, dans quelques cas, la sensation pénible siégeait à un côté du thorax, au cou, au dos ou aux lombes.

VIII. L'*invasion* de la maladie a parfois été marquée par des symptômes graves, comme la perte de connaissance, le délire (LVII), des frissons (LXXVIII), la fièvre (XLIX), des vomissements (XLIX, LV, LVIII).

IX. La méningo-myélite a quelquefois offert des symptômes cérébraux, comme la céphalalgie, des vertiges, et même un délire plus ou moins prononcé (XLVII, XLIX, L, LIII, LXVI, LXXV, LXXXII); mais, le plus souvent, l'intelligence est restée nette et la parole facile. Les yeux ont été, chez quelques malades, fixes, insensibles à la lumière (XLVII, LXXXII); on a constaté des cas de strabisme (XLVII, XLVIII, XLIX), de dilatation (XLVIII, LX) ou de resserrement (XLIX, LXVI) des pupilles; mais, en général, les organes des sens ont été exempts de lésion.

X. Il n'en a pas été de même de la *sensibilité générale,* qui a été fréquemment modifiée; elle a été exaltée, il est survenu des douleurs vives dans tout le rachis, ou plus particulièrement dans la région cervicale (XLIX, LIX, LXXVIII, LXXX, LXXXII), ou dans la région dorsale (LI, LII, LIV, LIX, LXXIV, LXXVI, LXXVIII), ou dans les lombes (LVI, LXIV, LXXVI). Cette douleur était parfois augmentée par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres (LXII, LXVI), et fort souvent par les mouvements du tronc.

Une douleur plus ou moins vive s'est manifestée dans les membres inférieurs (LVI, LX, LXVI, LXVII, LXXIV), plus rarement dans les bras ou les parois thoraciques (LIX). Il y a eu parfois un sentiment de brûlure (LIX, LXXX), ou de froid (LXI), ou de déchirement (LIX), ou un simple engourdissement (LX,

LXXIV), et des fourmillements à la plante des pieds ou de la démangeaison à l'extrémité des doigts (LXXIII, LXXX).

Dans plusieurs cas, il y a eu hyperesthésie cutanée générale (L, LXI), ou plus marquée, soit aux membres supérieurs (LXXXII), soit au cercle inférieur (LXXXI).

La sensibilité a été, dans d'autres cas, émoussée (LX, LXVI, LXVII, LXVIII, LXXIII), surtout aux membres supérieurs (LXXVIII, LXXXI) ou aux membres inférieurs (LXIV); elle a paru, chez quelques sujets, entièrement éteinte (XLVIII, LIII).

La sensibilité est demeurée intacte dans un petit nombre de cas (LI, LXII, LXXIX).

XI. Des *convulsions* ou des mouvements convulsifs se sont manifestés chez un peu moins de la moitié des sujets. Les convulsions étaient générales et parfois bornées aux membres supérieurs (LIX, LXVI) ou aux membres inférieurs (LXXVII); elles étaient spontanées ou provoquées par des mouvements imprimés ou toute autre cause extérieure de stimulation et d'action réflexe (L, LXXX).

Quelquefois, au lieu de convulsions, il y avait des tremblements généraux comme choréiques (LXXII), ou une simple trémulation des membres (LI), des mains (LXXXI), ou des soubresauts de tendons (LXVI), ou des crampes (LXIV).

Les *spasmes toniques* ont été assez souvent observés, produisant la rigidité du tronc (XLVIII, LIV, LVIII, LXXVI) ou celle du cou, avec renversement de la tête en arrière (XLVIII, LVIII, LXVI, LXIX) et une sorte d'opisthotonos (LVII, LXII). Ils ont affecté soit les membres supérieurs et inférieurs ensemble (XLVIII, LXIX, LXXIV, LXXVI); soit ceux d'un côté, avec inclinaison de la tête dans le même sens (LXXVIII), soit un membre, une jambe (LVIII), ou un bras (LXVII). La rigidité a aussi porté sur les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure et a produit le serrement des dents (XLVIII, LVII, LVIII, LXII, LXIX, LXXVI).

XII. Il y a eu *paralysie* du mouvement, soit des quatre membres successivement ou simultanément (L, LII, LIII, LXI, LXV, LXVIII, LXX, LXXI, LXXIII), soit des membres inférieurs

seuls (LI, LVI, LXII, LXVI, LXXIV, LXXVII, LXXIX), soit des membres d'un côté (LXXV, LXXVIII), puis de l'autre (LXIV, LXXV). La contractilité et la sensibilité électro-musculaires ont été diminuées ou éteintes dans les parties paralysées (LXXIV). Quelquefois, la paralysie n'était pas complète; il n'y avait qu'un état d'engourdissement, de faiblesse, et de légers mouvements pouvaient encore être provoqués (LXVI, LXXXII). La marche elle-même a pu pendant quelque temps continuer, mais elle était vacillante (LXXIX).

XIII. L'exercice de la *respiration* a été souvent troublé. Il y a eu de la dyspnée, de l'oppression, de la toux. La respiration a été lente (LXII), diaphragmatique (LXI, LXXXI), suspirieuse, stertoreuse.

XIV. La *circulation* a été également influencée. Le pouls a été fréquent. Il y a eu de la fièvre, de la chaleur à la peau (LIX, LXIX, LXXVI, LXXXI). Chez un sujet, la température était plus élevée à un côté du corps qu'à l'autre (LXXVIII).

Le sang extrait de la veine a paru couenneux (LXXVI); la peau a été parfois couverte d'une sueur abondante (LVII, LVIII).

XV. Quelques symptômes ont été offerts par les *voies digestives*. Les vomissements, qui avaient, dans quelques cas, signalé l'invasion de la méningo-myélite, se sont d'autres fois montrés pendant son cours (XLVIII, LIX, LXVII). La déglutition a été difficile, ou même impossible (XLVIII, LVII, LXXVI). Très souvent les évacuations ont été arrêtées ou involontaires. Ainsi, il y a eu de la constipation, de la dysurie; ou bien incontinence d'urine.

XVI. Le priapisme s'est manifesté chez un individu (LI). Les règles se sont supprimées chez une femme (LXVII). On a vu l'œdème survenir aux jambes (LXXIV, LXXVII), et assez souvent des eschares au sacrum et sur les trokanters.

XVII. La *marche* de la méningo-myélite a été à peu près, un égal nombre de fois, aiguë ou chronique.

La méningo-myélite aiguë a parcouru ses périodes en trois, cinq, six, sept, dix, quinze jours; elle s'est prolongée

quelquefois jusqu'à quarante jours. La méningo-myélite chronique a duré trois, quatre, dix, vingt mois, deux et trois ans.

C'est surtout dans les cas aigus que les douleurs ont été vives, les convulsions fréquentes et la fièvre intense. Dans les cas chroniques, on a surtout remarqué les divers modes de paralysie, soit du sentiment, soit du mouvement.

La mort a paru occasionnée quelquefois par la suspension de la respiration ou par quelque grave complication.

XVIII. Les résultats des nécropsies ont offert peu de lésions dans l'encéphale, si ce n'est en général l'injection des vaisseaux, et, dans quelques cas particuliers, l'inégalité de poids des deux hémisphères cérébraux (LXV), le ramollissement des tubercules quadrijumeaux (LXXXII); mais il s'agissait d'autre chose que d'une méningo-myélite.

XIX. Les désordres les plus considérables ont été présentés par les organes contenus dans le canal vertébral. On a trouvé du sang épanché à la surface externe de la dure-mère (XLVIII, LVIII). Cette membrane était épaisse, injectée, rouge (LVII, LXIV, LXXXI). Il y a eu, dans la cavité de l'arachnoïde, une sérosité claire ou trouble, jaune, verdâtre ou rougeâtre (LI, LII, LXVII, LXIX, LXXIII, LXXV, LXXVIII); ou c'était du pus (LXV, LXVII, LXXVII), ou des dépôts plastiques, floconneux (LXXVIII), ou une fausse membrane (LXVI, LXVIII, LXX). Cette fausse membrane était, dans un cas, limitée à la face antérieure du cordon rachidien (LXI). D'autres fois, les deux feuillets de l'arachnoïde étaient adhérents entre eux (LX, LXIV, LXVIII).

L'arachnoïde et la pie-mère ont ordinairement été épaissies, très injectées, opaques, d'une teinte grisâtre ou jaunâtre, ou d'un brun rougeâtre, infiltrées de sérosité ou de matière gélatineuse, ou de pus (LIV, LVI, LXXX).

XX. L'altération la plus ordinaire de la moelle dans la méningo-myélite est le ramollissement; il a été constaté 31 fois. Il était rosé, rougeâtre (LI, LVIII, LXXI, LXXIV, LXXVI, LXXIX) ou blanc (XLIX). Il était plus ou moins étendu, affectant

une ou deux régions, pénétrant dans toute l'épaisseur de la moelle ou s'arrêtant soit aux cordons antérieurs (LIV, LXII, LXIX, LXXVI, LXXIX), soit aux cordons postérieurs (L, LVII, LXI, LXVIII), ou affectant principalement la substance grise (LIX, LXXXI). Dans deux cas, la moelle était plus ramollie d'un côté que de l'autre (LV, LXXVIII). Le ramollissement profond, accompagné quelquefois de tuméfaction de la moelle (LXIX, LXXXII), a produit aussi l'atrophie, l'amincissement, et même une perte de substance de cet organe (LXVI).

L'induration de la moelle a été observée dans deux cas de méningo-myélite (LXXX, LXXXII), et la suppuration dans deux autres, offrant, l'un, la désorganisation entière de l'organe (LII), l'autre, la présence du pus seulement dans son centre (LXIV).

Dans trois cas, l'altération de la moelle a été plus simple; c'était une forte injection, une coloration rouge, avec très peu ou point de ramollissement (LIII, LIX, LXXII).

La queue de cheval a partagé quelquefois l'inflammation de la moelle et des méninges rachidiennes. Ses cordons ont été rouges et enveloppés d'une matière gélatiniforme ou purulente et de fausses membranes (XLIX, LVI, LXXII).

2e SECTION. — MYÉLITE AVEC MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

LXXXIIIe Obs. — Enfant; fièvre, stupeur, mydriase, face pâle, coma. On ne peut remuer le tronc et surtout le cou sans produire des douleurs très vives. — Matière gélatineuse le long des vaisseaux de la pie-mère; sérosité dans le ventricule latéral gauche; sang coagulé dans le droit et dans le troisième; phlogose de la moelle épinière et de ses enveloppes ([1]).

LXXXIVe Obs. — Fille, neuf ans, petite taille, peau très colorée, ancienne affection du cuir chevelu. 22 mars, violente céphalalgie, vomissements, fièvre. 23, ophthalmie palpébrale. 25, délire, face animée, douleur rachidienne vive au bas de la région dorsale; ventre indolent, constipation. 26, pupilles dilatées, contractiles; intelligence nulle; la tête et le tronc ne peuvent se soutenir; sensi-

([1]) Folchi, *Exercitationes pathologicæ*, t. II, p. 163.

bilité et motilité volontaire des membres persistant. 27, intelligence un peu revenue, quelques syllabes sont articulées; tronc roide; mouvements imprimés douloureux; région vertébrale et tête douloureuses à la pression; yeux réguliers; excrétion des urines facile. 28, contracture des deux membres inférieurs, stupeur, pupilles dilatées, sensibilité générale diminuée, cris, muscles des gouttières vertébrales durs et tendus. 30, contracture passagère aux membres supérieurs; pouls 150, respiration accélérée, mort le soir. — Roideur cadavérique au bout de quarante heures; méninges injectées à la partie moyenne de l'hémisphère droit; dans la pie-mère de quelques anfractuosités et de la scissure de Sylvius, pus concret membraniforme; il y en a aussi dans les plexus choroïdes et autour des pédoncules cérébelleux. Cerveau ferme et injecté; peu de sérosité dans les ventricules; cervelet sain. Taches opaques à l'arachnoïde spinale; sérosité abondante sous cette membrane; à l'extrémité inférieure de la moelle, membrane propre de celle-ci d'un rouge vif; substance de la moelle d'un blanc mat, diffluente dans toute la région dorsale, grisâtre et plus molle dans l'étendue d'un travers de doigt, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale; en ces points, les nerfs ne sont pas altérés, seulement leur névrileuse est rouge (1).

LXXXV° Obs. — Tailleur de pierres, vingt-un ans. 5 septembre, rhumatisme articulaire aigu. 7, fièvre intense, langue sèche et rouge, genou droit tuméfié, très douloureux à la pression, qui provoque un mouvement de la jambe; coma profond. 8, aggravation, poignet droit tuméfié, très rouge; rien d'anormal du côté du cœur, ni vomissements, ni incontinence d'urine, ni évacuations involontaires; mort le 9. — Articulations du genou et du poignet remplies de pus liquide dans lequel nagent des flocons d'exsudation fibrineuse. Dans le crâne, sur les régions supérieure, postérieure et inférieure du cerveau, qui est intact, méningite suraiguë avec infiltration purulente demi-concrète sous l'arachnoïde. Pus liquide dans les méninges rachidiennes, ayant pris la place du liquide cérébro-spinal; ramollissement diffluent de la moelle de la septième cervicale à la sixième dorsale, occupant les faces antérieure et postérieure; méninges très injectées. La partie ramollie, observée au microscope, montre la destruction du tissu des parties blanches; dans l'axe gris, les cellules nerveuses sont intactes; tubes nerveux les uns vides, les autres remplis par une matière granuleuse; pas de globules purulents (2).

LXXXVI° Obs. — Homme, robuste, étant tombé, ayant chaud, dans

(1) Hache, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XI, p. 274.
(2) Jaccoud, *Paraplégies et ataxies du mouvement*. Paris, 1864, p. 432.

l'eau froide. Douleur aux membres inférieurs et au dos; puis paralysie du mouvement et du sentiment des membres inférieurs, constipation, ischurie, perte des forces, eschare au sacrum, mort. — Dure-mère adhérant aux autres membranes; moelle, de la cinquième à la neuvième dorsale, tuméfiée, de couleur livide; normale en avant, raréfiée en arrière, infiltrée et remplacée par une matière comme gélatineuse, avec des vésicules ayant l'apparence d'hydatides. Membranes cérébrales également infiltrées de matière gélatiniforme. Cerveau pâle; vésicules dans les plexus choroïdes; tubercules pulmonaires (¹).

LXXXVIIe Obs. — Homme, quarante-un ans, intelligent et engagé dans de sérieuses affaires; il avait joui d'une bonne santé. En octobre, il se refroidit et paraît atteint d'une simple fièvre catarrhale, mais son pouls descend à 50; l'œil droit semble égaré et la vue y est obscure; il y a de la céphalalgie et un léger délire, puis de la somnolence; vomissement d'une grande quantité de matières noires, rétention d'urine, etc. Rétablissement; l'hiver se passe assez bien. En mars, après un voyage et des transitions de chaud et de froid, douleurs dans la tête, la poitrine, les épaules; toux. Nouveau vomissement de matières noirâtres; pouls lent, léger délire, rétention d'urine. Au bout de trois semaines, langue propre, appétit bon, intelligence nette, esprit gai. Le rétablissement paraît complet; cependant les forces ne sont pas entièrement revenues, et sont loin d'être en rapport avec la quantité des aliments ingérés. Marche irrégulière et chancelante, mais très peu de vertiges et peu de souffrance dans la tête; les mains ont une humidité froide; le sang paraît stagnant dans les capillaires, donnant à la peau une teinte livide, et formant des taches sur la trace de la pression des doigts; les membres supérieurs et inférieurs s'affaiblissent. Pendant l'hiver, il y a quelques accès de coma. Après une légère amélioration, en mai suivant, il survient des douleurs qui d'abord imitent celles du rhumatisme, mais qui bientôt s'accompagnent de contractures spasmodiques des membres, avec prédominance de la flexion, et exaltation de la sensibilité. La mort arrive en janvier, après trois ans et quatre mois de maladie. — Table interne des os du crâne épaisse, et parsemée de spicules pénétrant dans la dure-mère, qui est assez adhérente; arachnoïde opaque, offrant de nombreuses granulations de chaque côté du sinus longitudinal supérieur; copieuse effusion séreuse entre cette membrane et la pie-mère, à la convexité et à la base du cerveau et du cervelet; nerf optique droit jusqu'à la commissure mince et dense, couche optique gauche molle; protubérance

(¹) Alms, *De morb. medullæ spin. diag.* Vireeb, p. 81.

et moelle allongée fermes. Du trou occipital à la deuxième vertèbre dorsale, méninges adhérentes et épaissies; moelle épinière en cet endroit ramollie, surtout en arrière. De la deuxième dorsale à l'extrémité inférieure, la gaîne du cordon rachidien est distendue par une sérosité claire; ce cordon lui-même est plus ferme qu'à l'ordinaire; son extrémité inférieure est d'une teinte rosée, ainsi que les nerfs de la queue de cheval, mais sans vaisseaux distincts, ni dépôts de lymphe coagulable ([1]).

LXXXVIII° Obs. — Femme, blanchisseuse, quarante-quatre ans, habitation humide. Il y a cinq mois, douleurs vives et sentiment de brûlure dans le dos et les membres; il y a trois mois, marche impossible, menstrues supprimées; il y a quinze jours, rétention d'urine, paralysie complète des membres inférieurs, incomplète des supérieurs, dont la sensibilité est conservée, tandis qu'elle est diminuée dans les autres, et jusqu'au niveau de l'ombilic. Secousses convulsives dans les jambes. Ni céphalalgie, ni affaiblissement de l'intelligence. Eschare au sacrum; rétention des urines, qui sont purulentes; constipation; accès de fièvre répétés; eschare au talon gauche; douleur dans les jambes, délire, mort. — Sérosité dans l'arachnoïde, qui est épaisse, opaque et résistante sur les lobes postérieurs du cerveau et sur le cervelet. Entre le canal vertébral et la dure-mère, dans la région cervicale, épanchement d'un liquide brun-noirâtre; vertèbres brunes, dépourvues de périoste, mais sans autre lésion; dans la même région, arachnoïde noire, épaissie, résistante, d'une odeur gangreneuse et adhérente à la dure-mère; moelle ramollie et blanche; à la partie inférieure du canal, deux ou trois onces de sérosité trouble distendent la dure-mère ([2]).

LXXXIX° Obs. — Homme, cinquante ans, bien constitué, adonné aux spiritueux; faiblesse de la jambe gauche; fièvre intense avec pouls fort et concentré, face rouge, yeux brillants, délire loquace et bruyant, tremblement général, douleur vive aux lombes et au membre inférieur gauche, langue couverte d'un enduit blanchâtre, puis aride. Rigidité des muscles du bas-ventre, ris sardonique, dyspnée, yeux couverts d'un enduit glutineux. — Inflammation de la moelle épinière marquée par des taches rouges et une couche épaisse de matière gélatineuse. Pie-mère très injectée autour du cerveau et infiltrée de sérosité. Ventricules latéraux pleins de liquide. Diaphragme épais, rouge, injecté ([3]).

([1]) M'Naughton, *Cases of diseases of the brain and spinal marrow.* (*American Journal of med. Sciences*, 1842, July, p. 57.)

([2]) Allain Dupré, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 56, p. 32.

([3]) Folchi, *Exercitationes anat. path.*, t. I, p. 107.

XC^e Obs. — Homme, cinquante-quatre ans, robuste, irascible, parfois excès alcooliques, souvent longues courses à pied. 15 mai, coliques, vomissements, douleurs à la région sacrée, marche libre. Deux jours après, douleur dans les lombes, crampes dans les membres inférieurs, qui sont engourdis; ces symptômes se dissipent. Un mois après, à la suite d'un dîner copieux, coliques, vomissements, paraplégie, incontinence d'urine, douleurs s'irradiant des lombes aux parois abdominales, sensibilité exaltée d'abord, puis obtuse; eschare du sacrum. Mort le trentième jour. — Arachnoïde crânienne sans adhérences, recouverte d'une fausse membrane mince, et résistante; arachnoïde rachidienne rouge, près la base des lames vertébrales. Ramollissement de la moelle, du niveau de la septième cervicale à son extrémité inférieure; les points ramollis sont blancs, crémeux en quelques points, et en d'autres rougeâtres, par la combinaison des globules du sang avec la pulpe médullaire; le ramollissement occupe les onze douzièmes antérieurs de la moelle (1).

Résumé des observations de myélite avec méningite cérébro-spinale.

I. Ces observations, au nombre de huit, ont été présentées par cinq individus du sexe masculin, deux du sexe féminin, et un jeune enfant, dont le sexe n'est pas indiqué.

II. Deux malades avaient moins de dix ans, et les autres quarante-un, quarante-quatre, cinquante et cinquante-quatre ans. L'âge d'un adulte n'est pas précisé; mais les indications qui précèdent suffisent pour établir que cette affection complexe atteint l'enfance, mais surtout l'âge moyen de la vie, et les hommes plus que les femmes.

III. Les causes les plus évidentes ont été : 1° l'action du froid (LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII); 2° l'abus des liqueurs alcooliques (LXXXIX, XC); 3° des fatigues excessives (LXXXVII, CX); 4° la suppression des règles (LXXXVIII); 5° quelques maladies antérieures, comme un exanthème chronique du cuir chevelu (LXXXIV), un rhumatisme articulaire aigu (LXXXV).

IV. Il y a eu quelquefois de longs prodromes, pendant lesquels se sont manifestées des douleurs vagues au dos, aux membres, l'inertie d'une jambe, etc.

(1) Grisolle, *Journal hebdomadaire*, 1836, t. I, p. 65.

et moelle allongée fermes. Du trou occipital à la deuxième ve
dorsale, méninges adhérentes et épaissies; moelle épinière
endroit ramollie, surtout en arrière. De la deuxième
l'extrémité inférieure, la gaîne du cordon rachidien e
par une sérosité claire; ce cordon lui-même est pl
l'ordinaire; son extrémité inférieure est d'une tei
que les nerfs de la queue de cheval, mais sans va
ni dépôts de lymphe coagulable (1).

LXXXVIIIe Obs. — Femme, blanchisseuse,
habitation humide. Il y a cinq mois, douleurs
brûlure dans le dos et les membres; il y
impossible, menstrues supprimées; il y a
d'urine, paralysie complète des membres in
supérieurs, dont la sensibilité est conserv
nuée dans les autres, et jusqu'au niv
convulsives dans les jambes. Ni céph
l'intelligence. Eschare au sacrum; r
purulentes; constipation; accès de fi ... de la
gauche; douleur dans les jambes, ... s et plus
l'arachnoïde, qui est épaisse, o
postérieurs du cerveau et sur le ... intense; mais,
la dure-mère, dans la région ... irculation sanguine
brun-noirâtre; vertèbres brun ... se couvrant de taches
autre lésion; dans la même ... s (LXXXVII).
résistante, d'une odeur gar ... rfois produits.
moelle ramollie et blanche
trois onces de sérosité tr ... eté souvent enrayée; il y a eu

LXXXIXe Obs. — Ho ... xcrétion a été involontaire. Dans
aux spiritueux; faible ... ulente.
pouls fort et concent ... des eschares au sacrum, et même au
bruyant, tremblem
membre inférieur
puis aride. Rigi ... La marche de la maladie a été plus souvent aiguë
dyspnée, yeux c ... LXXXV, LXXXVI, LXXXIX, XC) que chronique
moelle épinière ... LXXVII, LXXXVIII). Dans ce dernier cas, il y a eu des suspen-
de matière gé ... sions de symptômes très prolongées et qui semblaient toucher
infiltrée de ... à la guérison.
phragme ép ... VIII. Les méninges crâniennes se sont montrées dans un
état phlegmasique évident, par des adhérences mutuelles,
par la présence d'un fluide séreux ou d'une fausse mem-
brane dans l'arachnoïde, par l'opacité, l'épaississement de

(1) M'Na
of med. Sc
(2) Al
(3) F

...tion d'une matière gélatiniforme dans
...jectée. Il y a eu aussi de la séro-
...raux. Mais pas d'autre lésion

..., en dehors de la
... l'arachnoïde,
... dans la
... un épais-

...lus consistante
...grisâtre, rosée ou
...nts rouges, infiltrée

...val ont aussi présenté une

...INGO-ENCÉPHALO-MYÉLITE.

...rois jours. Septembre, pâleur, contractions
...s et des paupières, surtout du côté gauche;
...ôtés roides et œdémateux, cri aigu, peu soutenu;
...uxième jour, convulsions, respiration fréquente,
...matières sanguinolentes rendues par le nez, épigastre
...reux à la pression; face grippée, pouls petit et serré,
...ique de la peau. Quatrième jour, pouls 88, œdème dur
...bres. Mort le cinquième jour. — Gastro-entérite avec ramol-
...ent de la muqueuse. Cerveau jaunâtre, mou. Ramollissement
...âtre et pulpeux avec épanchement sanguinolent à la partie
...térieure de l'hémisphère droit. Moelle épinière très molle, presque
diffluente et jaunâtre. Épanchement sanguin considérable le long du rachis. Forte congestion des méninges rachidiennes. Infiltration séreuse avec dégagement de gaz entre la pie-mère et l'arachnoïde de la partie postérieure de la moelle (¹).

XCII° Obs. — Garçon, six ans, lymphatique, glandes du cou engorgées. 20 juin, toux, vomissements; puis apparence de stupidité, cris, agitation, trismus, grincements de dents; strabisme, mouvements convulsifs des membres, coma. 8 juillet, intellect complètement obtus, peau fraiche, peu sensible; mouvements libres, mais sans énergie; pupilles dilatées, oscillantes; pouls irrégulier,

(¹) Billard, *Maladies des enfants nouveau-nés*, 3ᵉ édit. Paris, 1837, p. 686.

68-76. 10, résolution des membres, parfois roideur passagère. Comme coïncidences : ophthalmie alors épidémique, et zona autour d'une cuisse. Mort le 8 août. — Infiltration sanguine dans le tissu cellulaire extérieur à la dure-mère spinale. Sinus veineux remplis de sang. Quelques adhérences des deux feuillets arachnoïdiens dans la région cervicale. Sérosité à la partie inférieure de la cavité rachidienne. Ramollissement de la moelle au niveau des quatre premières vertèbres cervicales, et surtout vers sa face postérieure. Teinte rosée de la substance grise. Mêmes altérations de la moelle allongée et de la protubérance cérébrale. Adhérences entre les feuillets de l'arachnoïde cérébrale. Ramollissement de la substance grise des circonvolutions; elle s'enlève avec les méninges; sa couleur est rosée sur le cerveau et le cervelet. Substance blanche normale. Un peu de sérosité trouble dans les ventricules, dont les parois sont légèrement ramollies. Ganglions bronchiques et poumons tuberculeux. Quelques plaques de Peyer saillantes (1).

XCIIIe Obs. — Étudiant en médecine, vingt-un ans, épileptique depuis son enfance, morose. En février, mal de gorge, sentiment de suffocation, nausées, vomissements, dysphagie, pouls plein, dur, fréquent; peau chaude et sèche, douleur très aiguë à la partie inférieure et postérieure de la tête, respiration difficile, sifflante; pas de trouble intellectuel, engourdissement et paralysie dans les membres supérieurs, le gauche d'abord, puis le droit; évacuation sans conscience des urines et des matières fécales, membres inférieurs intacts, tandis que les supérieurs sont en une résolution complète; fièvre intense. Mort le huitième jour. — Os du crâne épais et durs. Vaisseaux des méninges très injectés. Pie-mère d'un rouge foncé. Cerveau mou. Un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules. Corps striés, couches optiques, protubérance, de couleur rosée et comme marbrée. Veines méningo-rachidiennes remplies de sang noir et fluide, surtout dans la région cervicale. Sang noir un peu coagulé en dehors de la dure-mère. Sérosité rougeâtre dans la moitié inférieure de la gaine méningienne de la moelle, entre la pie-mère et l'arachnoïde. Quatre plaques cartilagineuses sur l'arachnoïde, et adhérence des deux feuillets séreux vis à vis le renflement brachial. Ce renflement est ramolli, surtout dans la substance grise, qui est rosée et pulpeuse. Pie-mère en cet endroit rouge, dense et très vasculaire. Mollesse générale de la moelle, dont la substance grise est ponctuée de sang. Poumons gorgés de ce fluide. État normal du pharynx, de la luette, etc. (2).

(1) Demongeot de Confevron, Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 1827, no 276, p. 38.
(2) Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 319.

— Homme, vingt-trois ans, lymphatique, faible com-
ⁿce, tristesse, douleurs lombaires profondes, sou-
le tronc. 22 août, réponses lentes, par
ⁿt; pommettes d'un rouge jaune; point de
ⁿt apparent du rachis, point de lésion
rêvasseries, assoupissement, regard
.e dos, battements du cœur tumul-
.eloppé, fréquent; respiration courte,
.ention des urines, qui sont troubles,
de lésion de la sensibilité ni de la motilité
omnolence, mais réponses justes et lentes;
.u mouvement du bras droit; pas de rigidité.
ιolette, râle trachéal, résolution des membres. Mort.
.idité cadavérique, mais contraction forcée des orteils
.auche. Infiltration séreuse du tissu sous-arachnoïdien de
.ile. Épaississement et opacité de la pie-mère dorso-lombaire; cette région, dans l'étendue de quatre centimètres, moelle convertie en une bouillie blanchâtre et presque liquide. État normal de la moelle au-dessus et au-dessous. Mais pareil ramollissement, seulement moins étendu, à la partie supérieure de la région cervicale; il est moins prononcé et intéresse spécialement les faisceaux antérieurs. Moelle allongée saine. Masse encéphalique molle, abreuvée de sérosité roussâtre. Voûte à trois piliers réduite en bouillie. Ventricules latéraux distendus par la sérosité. Couches optiques et corps striés mous. Substance grise des hémisphères généralement décolorée. Substance cérébelleuse d'une mollesse remarquable (¹).

XCVᵉ Obs. — Homme, jeune, fortement constitué, exposition à l'humidité, grande faiblesse dans les membres inférieurs. Intelligence saine; pas de céphalalgie; membres thoraciques légèrement affaiblis, membres inférieurs insensibles et immobiles; la vessie et le rectum fonctionnent naturellement; pas de douleur par la pression exercée sur les apophyses épineuses. Amélioration notable sous l'influence des antiphlogistiques. Nouvelle exposition au froid; otite avec écoulement puriforme, gonflement de la parotide; érythème au cou et à la poitrine, et symptômes d'une méningo-encéphalite. Mort. — Moelle épinière ramollie à son extrémité inférieure, dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, saine dans tout le reste de son étendue. Injection vive de la pie-mère crânienne et de l'arachnoïde. Adhérence à la surface du cerveau. Saillie et gonflement des circonvolutions. Injection de la pulpe cérébrale (²).

(¹) Bigot, *Journal de Médecine de Bruxelles*, 1844, p. 516.
(²) Rostan, *Gazette médicale*, 1846, p. 777.

XCVI[e] Obs. — Soldat, vingt-quatre ans, convalescent d'une légère angine; érysipèle de la face, douleur très vive et sensation de brûlure dans les reins; pression sur les premières vertèbres lombaires excessivement douloureuse, faisant pousser des cris. Avant, pendant, et après cet examen, secousses brusques du tronc, revenant toutes les trois ou quatre minutes, pouvant être comparées aux commotions électriques ou aux ébranlements convulsifs dus à l'action de la strychnine; parole difficile et inintelligible, insomnie, l'érysipèle continue à faire des progrès, délire, évacuations involontaires, paraplégie, cris pendant la nuit. Mort. — Dure-mère crânienne et spinale très rouge, par suite de la forte injection de ses vaisseaux. Pie-mère excessivement injectée dans tous les points de son étendue. Couleur et consistance de la surface cérébrale dans l'état normal. Corps striés et cervelet très mous. Ramollissement pulpeux et jaunâtre de la moelle de la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la queue de cheval (1).

XCVII[e] Obs. — Soldat, vingt-sept ans, bonne santé. 17 novembre, quelques symptômes gastriques, assoupissement, délire, convulsions, coma. Mort le 19 à quatre heures du matin. — Pie-mère toute infiltrée de pus et congestionnée jusque dans les anfractuosités autour de l'encéphale et de la moelle épinière. La périphérie de l'encéphale est injectée et ramollie, ainsi que la moelle dans toute son étendue. Pas de sérosité dans les ventricules. Glande pinéale hypertrophiée (2).

XCVIII[e] Obs. — Militaire, trente-neuf ans, constitution forte, abus des spiritueux; délire gai, avec tremblement des bras; gêne de la parole, station debout difficile, marche bizarre et désordonnée, affaiblissement intellectuel, retour fréquent de courtes attaques convulsives, débilité musculaire. Au bout de six mois, violente attaque de coma, avec tressaillements convulsifs généraux; mort trente heures après. — Os du crâne et du rachis, et méninges fortement injectés. Sérosité et sang dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale et rachidienne. Pie-mère épaissie, résistante, vasculaire, adhérente à la substance corticale, qui est violacée dans toute sa profondeur, molle et turgescente. Substance blanche ferme, et très ponctuée. Substance grise des corps striés colorée en rose. Pie-mère cérébelleuse adhérente, et quand elle est détachée, la surface du cervelet est couverte de gouttelettes de sang. Mésocéphale de teinte violacée. Inflammation et ramollissement jaunâtre de la portion cervicale de la moelle, tandis que sa portion dorsale est consistante, dure,

(1) Gobée (d'Utrecht), *Medical Times*, 1843, t. VIII, p. 158.

(2) Wagner, *Oesterreichische, etc.* (*Journ. des Connaiss. méd.-chir.*, 1843, t. X, p. 120.)

comme tassée et atrophiée. Bulbe lombaire renflé et très résistant. Rougeur vive des nerfs de la queue de cheval ([1]).

XCIX° Obs. — Homme, grêle, nerveux, actif, pas d'excès, sujet à des épistaxis et à des hémorrhoïdes qui ont cessé depuis l'âge de trente-cinq ans; céphalées. Pertes d'argent, chagrins. A trente-huit ans, attaque épileptiforme, suivie de débilitation intellectuelle et de faiblesse du côté droit. A trente-neuf ans, deuxième attaque épileptique; gêne de la parole, démence. A quarante ans, aliénation mentale, embarras plus grand de la parole, marche mal assurée, attaques convulsives rapprochées. Mort. — Pie-mère congestionnée, adhérente aux circonvolutions cérébrales, surtout à gauche. Décortication de la substance grise qui offre une teinte violacée, et une forte injection, ainsi que la substance médullaire des deux côtés. Couleur bistrée du corps strié gauche, et violacée du droit. Colorations analogues des tubercules quadrijumeaux et du cervelet. Vaisseaux rachidiens gorgés de sang. Moelle très injectée et ramollie ([2]).

C° Obs. — Chef de bureau dans une administration, vaniteux, ami des plaisirs et du faste; frères aliénés. A trente-sept ans, fourmillement dans les orteils, crampes dans les mollets, gêne dans la marche. A trente-neuf ans, aliénation mentale, mots mal articulés, marche lente et difficile, mémoire affaiblie, idées de grandeur; puis déjections involontaires, sensibilité émoussée, déglutition difficile, mouvements des mains comme convulsifs; station impossible, diarrhée. Mort à quarante ans et demi. — Pie-mère cérébrale très rouge, très injectée, adhérente en plusieurs points à la substance corticale, qui est rouge, inégale, ramollie, parsemée d'érosions. La substance grise de la moelle est d'un rouge vif. Les faisceaux blancs sont très fermes ([3]).

CI° Obs. — Homme, quarante-deux ans. En octobre, douleur à la partie inférieure du dos, à l'abdomen et aux aines; froid, engourdissement dans les pieds, paraplégie, rétention d'urine, spasmes des muscles du dos, sentiment de constriction de l'abdomen, opisthotonos, hoquet, engourdissement et douleur se propageant de bas en haut; accès de fièvre, avec sueurs abondantes du cercle supérieur; chaleurs vives dans les bras, froid des extrémités inférieures, vessie paralysée, diminution de la paralysie; alors, céphalalgie par paroxysmes irréguliers. Au bout de deux mois, affaiblissement notable, sans perte totale de la sensibilité des membres inférieurs; paralysie du bras droit, gêne de la parole, coma, mort.— Quelques écailles

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 79.
([2]) *Idem, ibidem*, t. II, p. 71.
([3]) *Idem, ibidem*, t. I, p. 451.

osseuses adhèrent lâchement à la face interne de la dure-mère spinale. Toute la moelle est d'une teinte rosée et diffluente. Moelle allongée, légèrement ramollie à sa partie antérieure, ainsi que la protubérance. Ramollissement de l'origine de la cinquième paire, des pédoncules cérébraux et cérébelleux, et de la substance du cerveau au point de jonction des pédoncules. Cerveau d'ailleurs sain. Pas d'épanchements (1).

CII^e Obs. — Fohmann, professeur d'anatomie à Liége, âgé de quarante-trois ans, bien constitué, éprouvait depuis quatre ans des dérangements graves de santé attribués au maniement habituel du mercure pour les injections anatomiques, et à l'air humide et malsain des salles de dissection; affections morales tristes. Les symptômes consistaient en douleurs sourdes et profondes dans les régions dorsale et lombaire; fourmillement et crispations douloureuses dans les membres, notamment aux extrémités des doigts; irrégularité dans les mouvements de ces parties, marche gênée, vacillante, surtout sur un plan incliné, sur un escalier, et parfois, contractions spasmodiques et roideur dans les membres, et principalement aux mains; céphalalgie, vertiges. L'œil droit, fatigué par le microscope, s'affaiblit; sa pupille est dilatée, et sa paupière supérieure relâchée. Ptyalisme. Écarts de régime, imprudence, aggravation, fièvre intense, douleurs incessantes, avec crampes dans les membres inférieurs; pression sur le rachis non douloureuse; intégrité de l'intelligence. Complication de pneumonie; délire, jactitation; enfin, collapsus, sueur, coma, carphologie, mort le 28 septembre 1837, douze jours après l'invasion de la fièvre. — Injection des vaisseaux encéphaliques. Infiltration sous-arachnoïdienne. Opacité des méninges dans les scissures de Sylvius. Quelques adhérences sur les côtés de la faux du cerveau. Corpuscules de Pacchioni en grand nombre sur le feuillet viscéral de la séreuse. Etat normal du cerveau, si ce n'est à la partie inférieure et antérieure des lobes moyens où existe un ramollissement manifeste. Hypertrophie de la glande pinéale hyperémiée, qui a un centimètre dans le sens de la longueur. Dure-mère rachidienne rouge et hyperémiée à partir de la première dorsale. Adhérences filamenteuses des deux feuillets de l'arachnoïde, qui offre des petits corpuscules blanchâtres, aplatis, de forme irrégulière, durs, consistants, en apparence fibro-cartilagineux, et adhérant par un pédicule fort court à la membrane sous-jacente, dont le tissu présente une couleur rouge. Pie-mère rouge et injectée depuis la fin de la région cervicale. Moelle injectée et indurée dans sa partie supérieure, ramollie à partir de la région cervicale, désorga-

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 520.

nisée et réduite en matière diffluente, pultacée, blanc rosé dans la région lombaire. Hépatisation pulmonaire (1).

CIII^e Obs. — Femme, quarante-cinq ans, épilepsie et démence.— Crâne très dense et épais. Inflammation de l'arachnoïde. Cerveau mou. Ventricule latéral gauche plein de sérosité. Cervelet très mou. Moelle épinière réduite à l'état de sanie épaisse (2).

CIV^e Obs. — Homme, quarante-cinq ans, constitution débile. Depuis un an, après des affections morales tristes, émission fréquente de semence, avec sensation pénible dans l'œsophage et à l'épigastre; éructations, spasmes musculaires. Plus tard, calme moral, pollutions plus rares, mais impuissance; moral affaibli et corps énervé, variations dans l'état du sujet, traitements divers, (emploi fréquent de la strychnine). Au bout de deux ans, petite douleur non constante à la région des cinquième et sixième vertèbres du cou, avec léger sentiment de chaleur, quelquefois de fourmillement; convulsions des muscles du cou, flexion de la tête, tantôt en avant, tantôt en arrière; changements rapides dans l'état du visage, mouvements particuliers des bras, marche vacillante, sommeil tranquille, mais au réveil, convulsions, voix faible, lente, et mots prononcés en balbutiant. Peu de troubles de la respiration, de la circulation, de la digestion; évacuations normales, grande débilité des organes sexuels, érection incomplète, pollutions rares, faiblesse intellectuelle, goût pour des puérilités. Cependant le malade peut encore exécuter certains actes, faire sa barbe, marcher, mais on constate de l'inquiétude, de la timidité, de l'anthropophobie. Poussé par ces idées, il se coupe le cou, non mortellement, mais le lendemain stupeur et mort. — Dans le canal vertébral, entre les os et la dure-mère, quelques onces de sérosité limpide, pareil liquide entre la dure-mère et la pie-mère, surtout vers la queue de cheval. Le tissu filamenteux qui entoure celle-ci a une apparence gélatineuse et une couleur jaune verdâtre. Artères et veines de la pie-mère injectées. Moelle très molle; proportion de la substance grise diminuée. Muscles sacrolombaire et long dorsal flasques et d'un rouge noir. Toute la substance cérébrale et surtout le corps calleux et la voûte, sont très mous. Les ventricules latéraux sont distendus par un liquide aqueux. Plexus choroïdes infiltrés et granuleux. Base du cerveau et du cervelet plus mous qu'à l'ordinaire (3).

CV^e Obs. — Femme, quarante-six ans, santé bonne. Il y a trois ans, fourmillements dans les pieds, douleurs lancinantes comme des

(1) Raikem, *Gazette médicale*, 1837, p. 659.
(2) Rech, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, t. IV, p. 18.
(3) Rudolph. Leonhardi, *De Myelitide*. Lipsiæ, 1830, p. 44.

coups d'épingle dans les jambes, lassitude, faiblesse pendant la marche; par moments la malade ne se sent pas marcher; elle monte péniblement les escaliers, les descend avec plus de facilité; mais pas de chutes, même rarement des faux pas; marche non moins facile dans l'obscurité; coïncidence de l'apparition de ces symptômes avec les dernières règles, qui ont été prolongées et abondantes. Dix-huit mois après, constipation, et parfois diarrhée et évacuations involontaires des matières fécales et des urines. Depuis quinze mois, douleurs en ceinture, et par temps dyspnée; céphalalgie fréquente, étourdissements, puis tremblement des mains, maladresse; parole hésitante, gêne dans la prononciation, affaiblissement de la mémoire, caractère bizarre, difficile, actes déraisonnables, digestions pénibles, quelquefois vomissements, pâleur, maigreur, pupilles resserrées; langue tirée en ligne droite, présentant sur les bords et à la pointe des mouvements vermiculaires; bras et mains étendus, doigts écartés, tremblants; station debout péniblement supportée pendant quelques instants, marche presque impossible; jambes très faibles, pieds traînant sur le sol, mais pas de mouvements désordonnés comme ceux des ataxiques; sensibilité diminuée aux jambes, conservée aux bras; pas de points douloureux le long du rachis; intelligence très affaiblie, air de contentement; appétit médiocre, sommeil assez bon, digestions régulières, évacuations involontaires. 2 avril (troisième accès), affaiblissement subit, face rouge, respiration ronflante, peau chaude; pouls 90, vif, dépressible, régulier; résolution des membres; quelques mots prononcés en bredouillant; pas de conscience des objets extérieurs; état comateux qui cède au bout de cinq heures; parole plus embarrassée, intellect plus obtus pendant plusieurs jours, puis retour de l'état antérieur, toutefois avec aggravation de la faiblesse morale et physique. 3 août, pesanteur de tête, étourdissements, état comateux, face un peu rouge, paupières à moitié fermées, traits de la face affaissés sans hémiplégie, respiration embarrassée, peau légèrement chaude; pouls petit, vif, 94; membres dans la résolution; sensibilité très obtuse, mais quand on pince fortement on provoque dans la face des signes d'impatience. Au bout de deux heures, retour du sentiment et du mouvement, mais parole très gênée, affaiblissement plus grand, obligation du séjour au lit; diarrhée, état fébrile, langue sèche et rouge, léger météorisme du ventre, vue affaiblie, sensation de mobilité des objets exprimée par ces mots : mes yeux dansent; eschare au sacrum. Mort le 18. — Parois crâniennes minces; dure-mère adhérente sur les côtés de la suture sagitale, et tapissée à sa face interne par une néo-membrane mince, molle, rougeâtre, facile à détacher; poids total de l'encéphale, 1,270 grammes; poids de chaque hémisphère,

500 grammes; arachnoïde et pie-mère épaissies, infiltrées, gélatiniformes, surtout aux scissures de Sylvius, avec granulations blanchâtres, et petites plaques exsudatives le long des vaisseaux, qui sont injectés, et autour desquels s'est fait une légère exhalation sanguine; adhérence des méninges à la substance corticale, dont une couche s'enlève avec elles sur les lobes frontaux, à l'extrémité des cornes sphénoïdales, et un peu sur les lobes occipitaux; la couche enlevée est grisâtre, granulée, macérée, et ressemble à de la colle d'amidon; le reste de la substance corticale est injecté, et d'une teinte rosée, surtout en avant; le grattage de la substance médullaire sur les lobes frontaux laisse à nu des espèces de crêtes résistantes; plexus choroïdes gorgés de sang, épaissis, infiltrés; méninges du cervelet épaissies, infiltrées, avec exsudations blanchâtres à la face supérieure; plancher du quatrième ventricule d'aspect sablé, chagriné; cervelet injecté; méninges rachidiennes très épaissies, infiltrées, couvertes d'exsudations blanchâtres; vers le milieu de la région dorsale, la dure-mère est comme soudée aux autres méninges à l'aide d'une néo-membrane de quatre à cinq centimètres de longueur et deux à trois millimètres d'épaisseur; adhérence et disposition analogue vis à vis la cinquième vertèbre cervicale; hyperémie considérable de la substance grise de la moelle; état normal de la substance blanche, seulement coloration un peu grisâtre de la partie interne des faisceaux postérieurs vers la fin de la région dorsale. Au microscope, la substance grise montre des capillaires avec une gaîne épaissie, recouverte de noyaux embryoplastiques, et des myélocytes fortement granuleux. Après le durcissement par l'alcool et l'acide chromique, les capillaires offrent à leur surface un grand nombre de noyaux, dont quelques-uns sont remplis de granulations graisseuses jaunes et brillantes. Tubes irréguliers, granuleux, séparés par du tissu conjonctif épaissi, riche en éléments nucléaires [1].

CVIe Obs. — Ancien magistrat, quarante-six ans, robuste, sanguin, imagination vive, travaux de cabinet, excès vénériens, plaisirs de la table, usage fréquent du mercure. Affaiblissement intellectuel, paralysie générale, manie loquace, vociférations, etc. 19 janvier, dyspnée, face injectée, perte de la parole, état comateux, décubitus dorsal, immobilité, sauf quelques petites secousses convulsives des quatre membres et du tronc; sensibilité presque nulle aux jambes; mort dix-huit ou vingt heures après l'invasion de l'attaque. — Quatre onces de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde; infiltration

[1] Magnan, *Gazette des Hôpitaux*, 1866, p. 25. (Observation recueillie dans le service de M. Baillarger.)

séreuse sous-arachnoïdienne; pie-mère adhérente à la substance grise, qui est un peu rouge, rosée et pointillée; substance blanche injectée sans changement de couleur; sur le lobe droit du cervelet, quelques plaques pseudo-membraneuses non organisées reposant sur le feuillet viscéral de l'arachnoïde; la moelle, depuis le niveau de la neuvième vertèbre dorsale jusqu'au commencement du renflement lombaire, offre un ramollissement complet, une sorte de bouillie blanche et homogène (1).

CVII° Obs. — Homme, quarante-cinq ans, court et gros, très sanguin, ayant fait pendant vingt ans le commerce à Saint-Thomas; abus du tabac et du rhum. Congestion cérébrale, état comateux, secousses épileptiques; l'année suivante, aliénation mentale, paralysie générale; deux ans après, démence, agitation, épilepsie, congestions réitérées. 16 septembre, deux attaques convulsives, coma, perte absolue de connaissance, résolution des membres, déglutition impossible, mort le 17. — Crâne épais, deux onces de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde; adhérence de la pie-mère à la substance grise, qui est peu consistante, mais non ramollie; substance blanche très ferme autour des ventricules, au mésocéphale et au bulbe rachidien; la moelle épinière, depuis le bas de la région cervicale jusqu'à son extrémité inférieure, est convertie en une bouillie d'un blanc jaunâtre, nullement colorée par le sang; on n'y reconnait aucune trace d'organisation (2).

CVIII° Obs. — Homme, habitudes régulières; à cinquante ans, douleurs rhumatismales, locomotion pénible; un an après, congestion cérébrale, parole gênée, tristesse, faiblesse intellectuelle. A cinquante-cinq ans, chute sur la tête, délire violent, embarras de la parole, affaiblissement des jambes, tremblement des lèvres, spasmes du pharynx, dents et lèvres fuligineuses, peau chaude, pouls accéléré, refus de boire, émission involontaire de l'urine, insomnie, agitation, mort le cinquième jour. — Diploé du crâne rouge; vaisseaux méningés très injectés; pas de sérosité dans l'arachnoïde; pie-mère cérébrale rouge, sèche, mince, adhérant à la substance corticale, d'où résultent des espèces d'érosions à la surface du cerveau; corps striés parsemés de taches violettes, comme ecchymotiques; cervelet et ses enveloppes rouges; protubérance injectée; moelle très molle, en bouillie, réduite aux trois cinquièmes de son volume ordinaire par ses méninges qui la compriment (3).

(1) Calmeil, *Journal des Progrès*, 1828, t. XII, p. 140.
(2) *Idem, ibidem*, t. XII, p. 146.
(3) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 228.

CIX[e] Obs. — Femme, cinquante-neuf ans, emportements fréquents, agitation, trouble des idées; en décembre, étourdissements, violente céphalalgie, espoir de grande fortune, affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, marche incertaine, dilatation marquée de la pupille droite (qui persiste jusqu'après la mort), augmentation assez rapide de la faiblesse musculaire, égale des deux côtés. Tout délire a cessé; eschares au sacrum, abcès dans une fesse, diarrhée; mort treize mois après l'invasion. — Arachnoïde opaque, épaissie, veines de la pie-mère gorgées de sang, adhérences nombreuses de cette membrane avec la substance grise, qui est molle, sans changement de couleur; quand on la déchire, elle est grenue et n'a pas son aspect ordinaire; substance blanche saine; cervelet volumineux, congestionné; sa substance grise périphérique est colorée. Moelle petite; pie-mère de la région dorsale épaissie; arachnoïde recouverte d'une production pseudo-membraneuse blanche et opaque; substance grise grenue et de teinte ocracée vers la partie inférieure (1).

CX[e] Obs. — Ancien militaire, soixante-trois ans, entré à Charenton à quarante-six ans; taciturne, indolent, réponses lentes, bornées à quelques mots sans suite; démarche chancelante; membres inférieurs vacillants, mouvements des membres supérieurs libres; pouls faible et lent; digestion facile, sommeil bon; parfois mauvaise humeur, violence, envie de frapper. Depuis neuf ans, paraplégie, et depuis sept, flexion et contracture des membres inférieurs; évacuations involontaires; ouïe conservée, voix presque éteinte, ainsi que l'intelligence; dévoiement, mort. — Marasme, excoriations, crâne éburné, épais; dure-mère épaissie; pie-mère dense, bleuâtre, pointillée sur le bulbe rachidien et sur la face antérieure de la moelle, à laquelle elle adhère intimement; corps olivaires et pyramidaux ramollis en pulpe grisâtre et diffluente; cette altération se continue dans toute la partie antérieure de la moelle, et dans presque toute l'épaisseur des faisceaux fibreux qui la forment; elle va en diminuant jusqu'à la fin de la moelle. En remontant vers l'encéphale, on peut suivre le ramollissement à travers la commissure du cervelet, les pédoncules cérébraux, les couches optiques, les corps striés et jusque dans quelques-unes des circonvolutions cérébrales, surtout vers la partie moyenne du lobe droit; la commissure du cervelet est plus dense que de coutume; les racines antérieures des nerfs rachidiens n'ont pas leur consistance habituelle; la partie postérieure de la moelle est saine, ainsi que la membrane qui la recouvre (2).

(1) Baillarger, *Gazette des Hôpitaux*, 1850, p. 225.

(2) Royer Collard, dans Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 382.

CXI[e] Obs. — Serrurier, soixante-trois ans, intempérance; diarrhée depuis un an, appétit conservé, amaigrissement. 17 mai, coloration jaunâtre de la peau, soif, langue rouge, humide; abdomen rétracté, huit à dix selles par jour; pouls petit, un peu fréquent; faiblesse, insomnie. 20, crampes dans les bras, doigts rétractés, intelligence nette, point de paralysie, mais faiblesse. 27, roideur générale. 28, agitation, cris, regards incertains, évacuations involontaires, réponses justes, mouvements libres, pouls petit, fréquent; extrémités froides; le soir, vociférations, délire, crampes générales, mort. — Méninges vivement injectées à la périphérie du cerveau et du cervelet, surtout vers la base et autour de la moelle; soulevées par beaucoup de sérosité à l'extrémité supérieure de la moelle vertébrale. Substance cérébrale peu consistante et sablée; substance grise du cervelet rosée; paroi antérieure du quatrième ventricule offrant sur les côtés du calamus scriptorius une couche ramollie, pulpeuse, d'un jaune sale, d'une ligne d'épaisseur; au dessous la substance médullaire est normale. La moelle rachidienne, au dessous du renflement cervical, est ramollie, presque diffluente, sans changement de couleur, dans une étendue de trois pouces; queue de cheval enveloppée d'une sérosité comme gélatineuse. Un noyau tuberculeux dans le poumon droit; glandes mésentériques engorgées; gastro-entérite et colite [1].

Résumé des observations de méningo-encéphalo-myélite.

I. Ces observations, au nombre de 21, ont été recueillies chez 18 individus du sexe masculin et 3 femmes.

II. 2 enfants avaient l'un 3 jours et l'autre 6 ans.
4 malades avaient de 21 à 30 ans.
3 — de 31 à 40 —
7 — de 41 à 50 —
2 — 56 et 59 —
2 — 63 ans.

III. L'influence héréditaire a pu être notée une fois (c).

La constitution des malades était le plus souvent forte. Les professions ont été plusieurs fois notées, et si celles qui exposent aux fatigues et aux vicissitudes de température, comme l'état militaire, ont fourni leur contingent, les au-

[1] Forget, *Gazette médicale*, 1838, p. 791.

tres carrières ont aussi apporté le leur. Parmi les malades, on a vu un ancien magistrat, un chef de bureau, un élève en médecine, un anatomiste distingué (CII).

IV. Les principales maladies qu'avaient présenté antérieurement les sujets ont été l'épilepsie, l'aliénation mentale, la paralysie générale et des congestions cérébrales, qui sont les compagnes fréquentes de ces états morbides. Il est aussi fait mention, à l'égard de quelques malades, d'affections rhumatismales, d'hémorrhoïdes, et, à une époque rapprochée, d'érysipèle de la face.

V. Les causes les plus ordinaires ont été l'impression de l'air humide et froid, les écarts de régime, l'abus des spiritueux et du tabac, les travaux de cabinet, les émotions morales, les chagrins, les excès vénériens. Chez un sujet, des pollutions fréquentes avaient été suivies d'impuissance. Chez un autre, une chute amena l'explosion de la maladie.

VI. Comme phénomènes prodromiques, on a pu mentionner des douleurs lombaires, des céphalées datant de plusieurs mois, un fourmillement incommode des pieds, des crampes, des convulsions.

VII. La maladie a parfois débuté par des indices d'irritation gastro-intestinale, par des étourdissements, ou même le délire.

VIII. Les symptômes dépendants de l'excitation encéphalique ont été généralement très prononcés. Ce sont une céphalalgie de plus en plus intense, occipitale ou frontale; un état de stupeur, la faiblesse de la mémoire, souvent le délire, portant parfois sur des idées de fortune, de puissance et de contentement; de l'agitation, des cris; la difficulté de parler, de prononcer; des étourdissements, des vertiges, l'assoupissement; il y a eu aussi tendance au suicide (CIV). On a remarqué, dans quelques cas, le strabisme, la dilatation d'une ou des deux pupilles ou leur ress

IX. Les phénomènes résultant de la lési n'ont pas été moins évidents.

Des douleurs se sont manifestées dans le

cale, dorsale, lombaire; elles se sont étendues quelquefois en ceinture autour de la base du thorax. Elles ont été vives, lancinantes, augmentées par la compression des apophyses épineuses; d'autres fois, sourdes, profondes, et ni augmentées, ni provoquées par la pression sur les points correspondants du rachis.

Des douleurs plus ou moins aiguës se sont propagées dans les membres; les malades y ont senti comme des crispations, ils ont éprouvé du fourmillement jusqu'aux extrémités des doigts ou des orteils.

Souvent la sensibilité a été émoussée, surtout aux membres inférieurs.

Des mouvements convulsifs et des convulsions ont eu lieu plusieurs fois. Dans quelques cas, ce n'étaient que des espèces de tressaillements, ou des secousses spasmodiques, ou des mouvements irréguliers, ou des tremblements partiels. Les lèvres paraissaient agitées de légères vibrations, et, quand la langue était montrée, ses bords et sa pointe présentaient aussi de petites oscillations vermiculaires. Il y avait quelquefois des grincements de dents, du trismus, des crampes.

On a constaté, chez quelques sujets, la rigidité du tronc et des membres, la contracture et la flexion des doigts.

Un symptôme bien plus ordinaire a été la faiblesse du système musculaire, portant principalement sur les membres inférieurs et rendant peu solides la station debout et la marche.

Cette débilité, faisant des progrès, est arrivée à l'état de paralysie du mouvement et de résolution plus ou moins complète. Rarement la faiblesse a été plus prononcée d'un côté que de l'autre.

X. Il y a eu, chez divers sujets, de l'accélération dans le cours du sang, et de la fièvre, une respiration gênée, sifflante, anxieuse, du hoquet, de la dysphagie, des vomissements, du ptyalisme; mais ces derniers symptômes ne se sont montrés que dans un petit nombre de cas. On a noté

souvent que les évacuations avaient eu lieu sans conscience. Des eschares se sont produites sur le sacrum.

XI. La méningo-encéphalo-myélite a suivi une marche aiguë [1] et plus souvent chronique. Dans le premier cas, elle s'est terminée en trois, quatre, huit, dix jours. Une fois vers le quarante-huitième jour (XCII).

La maladie, suivant une marche chronique, a duré plusieurs mois, et même un an, deux ans, trois ans. Il est arrivé plusieurs fois qu'après un long état stationnaire, des symptômes d'acuité se sont montrés, avec congestion cérébrale, fièvre, agitation, délire ou assoupissement, et la mort est survenue en vingt heures (XCIX), deux (CVII) ou cinq (CVIII) jours.

Une grande analogie peut être remarquée dans ces cas avec la paralysie générale, et les résultats de l'examen cadavérique ont confirmé ces rapports.

XII. Les lésions offertes par les méninges encéphaliques ont été les suivantes :

Injection très prononcée de ces membranes; dure-mère rouge, épaisse, tapissée à sa face interne par une néo-membrane; sérosité et quelquefois sang épanchés entre les deux feuillets de l'arachnoïde; adhérences entre ces feuillets, sur les côtés de la faux; développement des corpuscules de Pacchioni; opacité, épaississement de l'arachnoïde; teinte rougeâtre ou bleuâtre de la pie-mère, épaissie et infiltrée d'une sérosité gélatiniforme.

L'encéphale s'est montré souvent plus mou que dans l'état ordinaire. Le ramollissement affectait surtout la substance corticale, qui adhérait à la pie-mère et s'enlevait avec celle-ci. Cette altération a été très prononcée dans dix cas. La surface résultant de cette dilacération était rouge, violacée ou grisâtre, inégale et granuleuse.

Les corps striés et les couches optiques offraient parfois un ramollissement notable et une couleur rougeâtre ou violacée ou bistrée.

[1] XCI, XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCVII, CII.

On a trouvé de la sérosité dans les ventricules.

Le cervelet, les pédoncules cérébraux, la protubérance, le bulbe rachidien se sont montrés quelquefois dans un état de mollesse, avec teinte violacée ou rouge.

Les méninges rachidiennes ont présenté de graves altérations. Du sang s'est trouvé répandu sur la face externe de la dure-mère. Les sinus veineux de cette membrane étaient engorgés; elle-même était rouge. Entre les feuillets de l'arachnoïde ont été distinguées soit des adhérences mutuelles, soit des néo-membranes, soit une collection séreuse. La pie-mère était rouge, opaque, épaisse, dense, pénétrée de sérosité ou infiltrée de pus.

L'effet le plus ordinaire de l'inflammation de la moelle est le ramollissement, souvent porté au point de la diffluence; il est rougeâtre ou jaune gris ou rosé. Il peut affecter les renflements ou tel autre point de la moelle, les cordons antérieurs (CX) ou les cordons postérieurs (XCII), ou la substance grise centrale (XCIII).

Cette substance s'est montrée, dans certains cas, d'un rouge vif ou d'une teinte ocracée (C, CV, CIX).

On a vu aussi la moelle indurée dans un point et ramollie dans un autre (CII).

Les nerfs de la queue de cheval ont paru rouges et enveloppés d'une sérosité épaisse et comme gélatineuse.

Il y a eu, dans un petit nombre de cas, coïncidence de tubercules pulmonaires.

4e SECTION. — MÉNINGO-ENCÉPHALO-MYÉLITE AVEC ALTÉRATION DES VERTÈBRES, OU OSTÉO-MYÉLITE.

CXIIe Obs. — Fille, treize ans, arthrite cervicale, ganglions engorgés, immobilité du cou, tête légèrement renversée en arrière, symptômes de méningite, vomissements, cris, pupilles dilatées, etc. — Méningite violente et très étendue. Ramollissement central du cerveau. Sérosité dans les ventricules. Carie des articulations occipito-atloïdienne, atloïdo-axoïdienne, et occipito-axoïdienne. Odontoïde adhérente à l'atlas. Ligaments odontoïdiens détruits, ainsi que le condyle droit de l'occipital [1].

[1] Pivent, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, no 134, p. 13.

CXIII[e] Obs. — Homme, dix-huit ans, scrofuleux, douleur lombaire et dorsale, besoins fréquents d'uriner, douleur au sacrum, au pubis; engourdissement et douleur à la partie interne des deux cuisses, rétention d'urine, paraplégie, selles involontaires, intellect très sain, sensibilité conservée. Mort le vingtième jour. — Encéphale normal. Carie vertébrale. Pus dans le canal rachidien. Sanie sanguinolente sous la dure-mère. Colonnes antérieures de la moelle très ramollies, désorganisées; les postérieures saines ([1]).

CXIV[e] Obs. — Jean Dufoo, Mexicain, âgé de vingt-un ans, d'un tempérament lymphatique (face pâle, cheveux châtains), a reçu dans son enfance une certaine éducation, mais son intelligence a toujours été très bornée. Arrivé à Bordeaux, il se prit d'affection pour un négociant qui mourut bientôt après; de là, un vif chagrin. Il tombe malade et vient à l'hôpital (salle 12). On lui pratique deux saignées, et c'est par cause de refus d'une troisième qu'il est congédié. Le 17 avril 1839, il rentre à l'hôpital, et est admis à la clinique interne, salle 15. La locomotion s'exécute bien, mais la tête est roide et un peu inclinée à droite. La toux, les crachats, les douleurs de poitrine, la fréquence du pouls, les sueurs abondantes se renouvelant la nuit, font diagnostiquer une phthisie pulmonaire.

Quelques jours après, une hémiplégie survient peu à peu. Le bras gauche agit seul. Le droit est affaibli, et de plus en plus inerte. Le cou est toujours incliné à droite. Les muscles de la face du côté gauche sont paralysés, ceux du côté droit sont restés intacts. Aussi, lorsque le malade veut prononcer une parole, la lèvre supérieure est tirée en haut et en dehors du côté droit, la langue suit la même direction. Les facultés intellectuelles, déjà bornées, deviennent plus obtuses. Dufoo ne répond que difficilement aux questions qu'on lui adresse, et il pousse par moments des cris. Mort instantanée le 3 mai 1839.

Nécropsie. — Des lésions très graves existent le long de la colonne vertébrale. Le ligament vertébral antérieur est complètement détaché jusqu'à la région lombaire par un vaste foyer purulent. Les muscles-longs du cou, etc., à droite et à gauche, sont soulevés par une fusée de pus qui pénètre dans les articulations costo-vertébrales, dont le ligament antérieur est détruit. Les fibro-cartilages inter-vertébraux sont affaissés, déprimés. Les vertèbres sont noires, leur surface est inégale. Supérieurement, entre les deuxième et troisième cervicales le fibro-cartilage est détruit, on y voit le commencement d'un trajet fistuleux pénétrant dans le rachis.

Les muscles du cou, le scalène, l'angulaire de l'omoplate, sont en

([1]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 510.

grande partie détruits, le plexus brachial droit est comme disséqué par la matière purulente. Le ligament occipito-axoïdien est détruit, et laisse voir à nu l'apophyse odontoïde. Les ligaments transverse et odontoïdiens ont disparu. Le ligament vertébral postérieur est intact, excepté à la partie supérieure où il est en quelques points aminci. Les vertèbres, privées de leur périoste, présentent une couleur noire; elles sont imprégnées de pus. L'apophyse odontoïde offre la même altération. Dans le canal rachidien, la dure-mère est injectée. Une grande quantité de sang est infiltrée dans le tissu qui l'entoure. En ouvrant cette gaîne, on trouve dans la cavité de l'arachnoïde une fausse membrane. La moelle est injectée, et d'une teinte rougeâtre en quelques points du côté droit.

A la circonférence du cervelet, et à la partie postérieure de l'hémisphère cérébral droit, on voit une forte injection vasculaire, et une abondante infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. La totalité du cerveau est injectée. La portion grise des corps striés et des autres parties des ventricules latéraux a une teinte ardoisée.

Les poumons contiennent des granulations tuberculeuses, surtout à la partie supérieure du droit où l'on voit du ramollissement et une certaine quantité de pus. La plèvre est épaissie en cet endroit, et dans la partie qui avoisine la colonne vertébrale.

A la partie latérale droite du cou, est un vaste abcès plein d'une sanie noirâtre, ayant détruit une grande partie des muscles de cette région. Cet ichor putride se faisait jour au dehors par des trajets fistuleux étroits, dont l'ouverture avait à peine deux lignes de diamètre. La peau y était brunâtre, et décollée dans une grande étendue.

CXV[e] Obs. — Herreca Dominica, âgée de vingt-deux ans, des Basses-Pyrénées, à Bordeaux depuis deux ans, domestique, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait toujours été bien menstruée; mais, depuis trois mois, ses régles ont cessé. Elle porte des traces évidentes de vaccine, et a eu la varicelle en 1846. Vers le milieu de l'année 1847, elle vint à l'hôpital Saint-André, souffrant de maux de tête violents; elle avait en outre un léger engorgement des ganglions cervicaux du côté droit, et de la fièvre. Au bout de quelque temps, la tuméfaction devint plus évidente et plus limitée; il se forma un abcès considérable qui nécessita trois ponctions. Le pus écoulé, il y eut un peu d'amélioration; mais bientôt après se manifestèrent de nouveau de la céphalalgie, des douleurs profondes dans le cou, de la difficulté dans les mouvements de rotation de la tête, un amaigrissement général, et une fièvre continue sans frissons ni sueurs. La malade rentre dans sa famille, mais ses forces ont diminué, la fièvre est

devenue plus intense; elle est obligée de revenir à l'hôpital au bout d'un mois. Alors (13 décembre 1847) on observe ce qui suit :

Pouls 92-96, chaleur modérée de la peau, face colorée, céphalalgie, douleurs très vives à la nuque, lesquelles en occupent principalement le côté droit et se prolongent jusqu'à l'épaule. On voit la trace des trois incisions pratiquées pour l'ouverture de l'abcès; ce sont aujourd'hui des orifices de trajets fistuleux, qui fournissent une suppuration abondante et séreuse. Tuméfaction, rougeur, sensibilité de la peau autour de ces pertuis, rotation de la tête très douloureuse. Toux peu fréquente, expectoration peu abondante, muqueuse; point de dyspnée, percussion sonore sur toute la poitrine, quelques râles muqueux à la base du poumon droit, respiration normale partout ailleurs; battements du cœur clairs, précipités, sans souffle anormal. (12 sangsues à l'anus.)

Jusqu'au 20, pas de modification sensible. Ce jour on note : douleur aiguë à la nuque, écoulement continu par les plaies d'une matière jaunâtre et inodore, céphalalgie sus-orbitaire, insomnie. (2 ventouses scarifiées à la nuque.)

23. Céphalalgie toujours intense, douleur lancinante très vive à la nuque, occupant le côté gauche. (Vésicatoire sur la région occipitale gauche; au bout de quatre jours, il existe à la surface de la peau une exsudation abondante, épaisse, jaune-verdâtre.)

27. Pouls de 88 à 92, douleur vague dans toute la tête, ses mouvements sont toujours douloureux, quelquefois impossibles; les orifices fistuleux de la nuque sont toujours béants, le stylet introduit dans ces trajets, même assez profondément, ne rencontre pas de surface osseuse; cependant, par la direction qu'il prend, on juge qu'il doit se rapprocher d'une vertèbre cervicale. (Huile de foie de morue.)

1er janvier. Nulle modification; persistance de la douleur à la nuque, surtout du côté droit, de la difficulté des mouvements de rotation, et de la suppuration par les trajets fistuleux. La malade ne peut se relever que fort difficilement sur son lit; elle porte instinctivement sa main sous sa tête pour la soutenir et assurer son immobilité sur le cou; les épaules sont plus élevées qu'à l'ordinaire et la tête y paraît enfoncée. Quand le tronc est redressé, la tête est comme en équilibre sur le rachis et maintenue en repos. On constate au niveau de la cinquième vertèbre cervicale une dépression assez grande, une sorte d'angle rentrant; la pression sur les apophyses épineuses cervicales provoque de la douleur; elle n'en détermine point sur les vertèbres dorsales et lombaires.

19. Pendant la nuit, brusquement et sans cause, paralysie du mouvement du membre supérieur gauche avec conservation de la

sensibilité, paralysie de la sensibilité au membre supérieur droit avec persistance du mouvement; motilité et sensibilité conservées aux membres inférieurs; intellect normal, réponses justes, précises et rapides; anxiété, appréhension de la mort, évacuations alvines et urinaires volontaires.

20. Insomnie. Aucun changement dans les phénomènes morbides observés aux membres supérieurs; toutefois la sensibilité du gauche s'exalte plus vivement par les secousses qu'on lui imprime. (Pilule de cynoglosse.)

21. Intellect parfaitement conservé, mais parole embarrassée; la malade veut parler et ne le peut pas. Depuis ce matin, perte absolue du mouvement dans les membres supérieur et inférieur gauches, avec persistance et même exagération de la sensibilité; dans les membres supérieur et inférieur droits, la sensibilité est abolie, mais la motilité est conservée; évacuations alvines et urinaires involontaires, pouls faible. Soir : le mouvement et le sentiment sont anéantis dans les membres supérieur et inférieur droits; du côté gauche, la motilité est abolie; la sensibilité y est conservée et même exagérée. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Maigreur du sujet; tête comme enfoncée entre les épaules, qui sont relevées; flaccidité des membres. Encéphale sain. Articulations occipito-altloïdienne et altoïde-axoïdienne dans un désordre complet. Les ligaments occipito-axoïdiens, odontoïdiens et transverse sont détruits; l'apophyse odontoïde est libre et rugueuse. La moelle épinière à son origine est très altérée; en arrière elle est plus injectée, et plus rouge à gauche qu'à droite; en outre, elle présente des saillies de la substance médullaire, elle semble élargie et un peu aplatie; en avant, vis à vis l'apophyse odontoïde, immédiatement au dessous du bulbe rachidien, on remarque du côté gauche une dépression et une teinte rougeâtre. La pie-mère est en cet endroit très injectée et épaissie; au dessous se trouve un ramollissement de la substance médullaire et une légère exsudation sanguine; le reste du prolongement rachidien est sain. Les poumons sont d'une couleur rougeâtre et engoués; au sommet, on remarque une tache blanche; on n'y découvre aucun tubercule, aucune granulation. Cœur et organes abdominaux sains.

CXVI^e Obs. — Femme, tempérament sanguin, nerveux; affectée depuis plusieurs mois du mal de Pott; saillie des apophyses épineuses des huitième, neuvième et dixième dorsales. En octobre, accès de colère, suppression des règles, douleurs violentes dans le rachis, engourdissement et perte du mouvement des membres inférieurs, avec contracture; rétention d'urine, paralysie de la vessie; sensibilité des yeux, respiration difficile, toux sèche, soif; bientôt après,

langue aride et noire, face stupide, somnolence, soubresauts des tendons, délire obscur, pouls misérable, pétéchies, paralysie de la paupière supérieure de l'œil droit. Mort le trente-unième jour de l'invasion de la spinite. — Perte de substance du corps des vertèbres désignées; dure-mère rachidienne saine, si ce n'est vis à vis les mêmes vertèbres; là, elle est rouge, épaisse et enveloppée d'une matière blanchâtre, comme pultacée; sous cette membrane est accolée une matière épaisse, semblable à de la gélatine; moelle convertie en putrilage dans le même lieu et dans une étendue de trois pouces; son névrilème y est resserré et comme étranglé; inférieurement, elle paraît volumineuse et injectée (1).

CXVII° Obs. — Homme, vingt-cinq ans, maladie du rachis; paralysie du mouvement des membres inférieurs et conservation du sentiment. Douleurs vives dans les côtés de la poitrine pendant plusieurs années. — Carie des corps des septième, huitième, neuvième vertèbres dorsales, communication du foyer avec les bronches du poumon droit; compression des nerfs spinaux à leur sortie; méningite spinale avec épanchement séreux rougeâtre; ramollissement blanc-grisâtre de la moelle vis à vis les vertèbres cariées (2).

CXVIII° Obs. — Cultivateur, trente-deux ans, robuste. Il y a un an, douleur au dessus de la mamelle droite, s'étendant jusqu'à la colonne vertébrale, avec sentiment de constriction du thorax et gêne de la respiration; déplacement de cette douleur qui vient occuper les régions lombaire et pubienne; grande faiblesse des jambes, station difficile, marche impossible, mouvements convulsifs dans les membres inférieurs, puis perte du sentiment; émission involontaire de l'urine et des matières fécales. 10 septembre, douleur dans le côté droit de la poitrine entre la cinquième et la sixième côte s'étendant jusqu'au rachis; perte des mouvements volontaires et de la sensibilité à partir du niveau de l'ombilic; dégoût pour les aliments, soif, toux, langue un peu rouge, fièvre tous les soirs, sueurs nocturnes, large plaie au sacrum, pas de déviation du rachis. La paralysie monte jusqu'au milieu, puis jusqu'à la partie supérieure de la poitrine; respiration gênée, embarrassée; membres supérieurs paralysés, aphonie. Mort le 21 septembre. — Quelques taches sanguinolentes sur la dure-mère cérébrale. Arachnoïde parsemée de petites granulations. Cerveau, cervelet pâles. Muscles des gouttières vertébrales comme disséqués et détruits par un vaste épanchement purulent; cinquième, sixième et septième côtes séparées du périoste; amas de matière gélatiniforme au niveau des sixième et septième

(1) Desfray, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, n° 161, p. 21.

(2) Prus, *Revue médicale*, 1840, t. IV, p. 391.

vertèbres dorsales, profondément altérées et en partie détruites; au même niveau, le canal vertébral contient en grande quantité de la même matière gélatiniforme; là, aussi, la dure-mère est pâle, molle et facile à déchirer, et la moelle est désorganisée; son renflement inférieur est réduit en une espèce de putrilage d'un brun foncé à la surface, jaunâtre au centre, et d'aspect purulent, surtout au niveau des vertèbres altérées; au dessus et au dessous, la moelle est rouge et injectée. Dans la cavité droite du thorax, fausse membrane, collection séro-purulente en rapport avec l'abcès développé sous les muscles du dos. Kystes hydatiques dans le foie ([1]).

CXIX[e] Obs. — Femme, trente-quatre ans; constitution détériorée, marasme; depuis un an et demi, douleurs sourdes dans le dos; engourdissement, perte du mouvement et du sentiment des membres inférieurs, crampes douloureuses, contractures; incontinence d'urine, constipation. La paralysie s'étend aux membres supérieurs. —Atrophie musculaire; sérosité dans l'arachnoïde rachidienne; de la troisième vertèbre cervicale à la sixième dorsale, la moelle a éprouvé une diminution de volume et de consistance; elle est injectée, en bouillie et désorganisée; pus entre les apophyses transverses cervicales; carie à gauche des cinquième et sixième vertèbres cervicales; encéphale sain ([2]).

CXX[e] Obs. — Homme, cinquante ans, affections morales tristes; depuis quelques mois, engourdissement, amaigrissement, tremblement des membres inférieurs, quelques secousses convulsives ou des contractures, néanmoins marche possible, puis difficile; constipation. En juin, le malade se rend à pied à l'hôpital; bientôt après, douleurs excessives dans les membres inférieurs et dans le rachis; paralysie complète de ces membres, rétention des urines et des matières fécales, respiration laborieuse, mort. — Pas de déviation du rachis, ni de saillie des apophyses épineuses, néanmoins carie et suppuration comme tuberculeuses des apophyses et des lames des deux ou trois premières vertèbres dorsales. La moelle est ramollie et comme délayée dans du pus au même niveau; au dessus et au dessous, elle est rouge et congestionnée; méninges également enflammées, offrant en arrière une teinte verdâtre; en avant, l'arachnoïde est recouverte d'une couche de pus également verdâtre; méninges cérébrales rouges, épaissies, injectées; sur la convexité du cerveau, légére teinte verdâtre des méninges et de la substance corticale ([3]).

([1]) Alengry, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1826, n° 88, p. 19, et *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1826, t. III, p. 236.

([2]) (Service de Caillard.) Nonat, *Lancette*, t. V, p. 362.

([3]) Bouillaud (service de Rullier), *Journal hebdomadaire*, 1828, t. I, p. 227.

CXXI° Obs. — Bonnet (Jacques), âgé de cinquante ans, né à Barsac (Gironde), domicilié à Grézillac, terrassier, d'une constitution peu forte, de stature moyenne, de conformation régulière, de tempérament sanguin (iris brunes, cheveux noirs, peau basanée), éprouve depuis quinze jours une douleur dans la région lombaire gênant les mouvements, empêchant la marche et le travail; picottements dans les jambes, douleur près du mamelon droit, sans toux ni dyspnée; inappétence, point de nausées, abdomen indolent, pas de fièvre. État du malade le 19 juin 1864, jour de son entrée à l'hôpital Saint-André : Peau naturelle, pouls normal, céphalalgie nulle, douleur lombaire sans gonflement ni rougeur, augmentée par les mouvements du tronc et par la pression, marche et station debout impossibles, fourmillements dans les jambes et à la plante des pieds, la sensibilité tactile y est conservée, des mouvements peuvent y être exécutés. Douleur au côté droit du thorax lors des mouvements du tronc, mais la pression et la percussion ne l'exaspèrent pas; ni toux, ni dyspnée, ni expectoration; percussion peu sonore, bruit respiratoire entendu faiblement; inappétence, abdomen indolent, selles rares, normales. (4 ventouses scarifiées sur les lombes.)

20, la douleur lombaire a diminué; pouls calme. Du 21 au 25, même état. 26, point de douleur aux lombes, ni de picottements aux jambes; mais le malade y sent une grande faiblesse; marche impossible. (Bain avec sulfure de potasse 100gr.) 28 et 29, selles liquides peu abondantes. 30, douleur lombaire plus intense, mouvements du tronc impossibles, pouls calme. 1er juillet, fréquence du pouls, faiblesse très grande, douleur lombaire. (Bain sulfureux; 2 cautères sur cette région avec la potasse caustique.) 5, douleur lombaire vive, mobilité diminuée dans les membres inférieurs. (Large cataplasme sur les lombes.) 6, la sensibilité y est émoussée. Du 7 au 15, à peu près même état, avec des variantes dans la douleur lombaire. Le soir, le pouls est petit et fréquent. (Bains alternativement simples et sulfureux.) 16 au soir, peau brûlante, pouls dur et très fréquent, éruption vers la hanche du côté droit de petites tumeurs phlyzaciées, légèrement acuminées; langue très rouge sur les bords et à la pointe. 17, peau chaude, humide; pouls peu fréquent, langue très rouge, éruption complète à la moitié inférieure du corps de pustules dont quelques-unes sont ombiliquées. 18, apparition de pustules varioliques sur le côté gauche de la face, d'autres plus petites au côté droit. Du 18 juillet au 2 août, une variole intense et en quelques points confluente parcourt ses périodes. La fièvre est toujours très intense, les pustules sont en suppuration, l'odeur en est extrêmement fétide. Mort le 3 août.

Nécropsie. — Pustules varioliques ulcérées et formant des sur-

faces très irrégulières, surtout à la partie externe des cuisses. Le cœur, peu volumineux, présente quelques taches blanches à l'extérieur; ses orifices sont parfaitement libres et sains; l'endocarde n'offre pas de rougeur; le péricarde renferme un peu de sérosité; l'oreillette droite, qui est ample, contient un coagulum fibrineux considérable. Poumons très sains; foie volumineux, mais normal; rate et estomac sains; toutefois celui-ci offre un peu de rougeur dans quelques points. Il y a de la mélanose sur la surface externe du cœcum jusqu'à la muqueuse exclusivement; la cavité de l'appendice iléo-cœcal est oblitérée par un corps sphéroïdal, gros comme un œuf de pigeon, mou, jaune, demi-transparent et d'aspect gélatineux.

Injection médiocre de la dure-mère; légère infiltration sous-arachnoïdienne; le ventricule latéral droit renferme 10 grammes de sérosité; la substance cérébrale conserve sa densité, mais elle offre un piqueté rouge très marqué. Le périoste est décollé sur les trois premières vertèbres lombaires, dont les apophyses épineuses sont saillantes, surtout la deuxième; elles sont ramollies, ainsi que les quatre dernières vertèbres dorsales; en outre, il existe une carie de la majeure partie du corps des première et deuxième vertèbres lombaires; cette perte de substance mesure 2 et 3 centimètres de hauteur du côté droit, moins du côté gauche, où persiste encore une très petite portion de fibro-cartilage libre et flottant, en forme de demi-lune; ce tissu est devenu de plus en plus mou, il est d'une teinte brune-roussâtre; le foyer de ce ramollissement, dans l'épaisseur du corps des deux vertèbres précitées, est imprégné d'un pus sanieux, ichoreux, d'une odeur très fétide. La pie-mère rachidienne est injectée; la moelle est ramollie dans presque toute son étendue, mais surtout près des renflements; dans la région dorsale, elle est blanche et presque normale; mais au dessous du renflement lombaire, elle est rougeâtre et très vasculaire.

CXXII^e Obs. — Homme, cinquante-six ans, détenu. Douleur dans la partie postérieure supérieure et latérale droite du cou et de la base du crâne. Apyrexie, appétit, intellect sain. Tumeur avec fluctuation derrière le pilier droit du voile du palais. (Ponction; pus mal lié.) Tumeur au cou du même côté; bras paralysés, sputation difficile, rétention d'urine. — Ramollissement tuberculeux et nécrose des première, deuxième, troisième, quatrième vertèbres cervicales; tubercule dans la paroi postérieure du pharynx; tumeur fongueuse de la partie supérieure droite et profonde du cou; épaississement et état fongueux de la dure-mère dans la même région; ramollissement de la moelle épinière vis à vis les troisième et quatrième cervicales;

suppuration dans ce point, avec destruction des racines des deux premières paires cervicales du côté droit; compression des gauches [1].

Résumé des observations de méningo ou encéphalo-myélite avec altération des vertèbres.

I. Ces observations, au nombre de 11, ont été présentées par 7 hommes et 4 femmes.

II. Leur âge était de treize, dix-huit, vingt-un, vingt-deux, vingt-cinq, trente-deux, trente-quatre, cinquante et cinquante-six ans.

III. Les uns ne présentaient aucune déformation du tronc, les autres avaient une déviation du rachis ou une roideur du cou ou une inclinaison de la tête. Le tempérament lymphatique, la diathèse scrofuleuse paraissent avoir disposé à la maladie, qui s'est développée après des affections morales tristes ou une excitation nerveuse exagérée, ou une suppression des règles, ou l'éruption d'un exanthème aigu très intense (CXXI).

IV. La maladie locale et primitive a eu pour siége l'un des points de l'étendue du rachis.

Elle a affecté quelquefois les premières vertèbres, occupant soit le corps, soit les apophyses ou les surfaces articulaires. Dans le premier cas, une tumeur s'est prononcée sous la paroi postérieure du pharynx. Dans le second, on a remarqué des symptômes d'une arthrite cervicale, et c'est vers la nuque et sur les côtés du cou que des abcès, des ouvertures fistuleuses et des engorgements glanduleux ont été remarqués.

Lorsque la lésion vertébrale a siégé dans la région dorsale, les articulations costales ont été quelquefois affectées, ainsi que les organes contenus dans la poitrine.

V. Dans ces divers états morbides, des douleurs vives ou sourdes se sont manifestées au cou ou le long de l'épine du dos, sur les côtés du thorax, ou aux lombes, au sacrum et

[1] Toulmouche, *Gazette médicale*, 1845, p. 37.

dans les membres inférieurs. Cette douleur était généralement augmentée par la pression sur les points affectés. Elle entraînait un sentiment de constriction et une rigidité qui pouvait aussi dépendre des altérations organiques des os et de leurs annexes.

VI. Des symptômes de méningite crânienne se sont parfois montrés; il y avait alors céphalalgie intense, délire, cris ou stupeur, vomissements, dilatation des pupilles, etc.; mais souvent l'intellect n'a offert aucun trouble.

VII. La sensibilité a pu se maintenir intacte, malgré la perte du mouvement. Une paraplégie s'est produite avec contracture; la paralysie s'est étendue jusqu'à la poitrine.

Les phénomènes de paralysie du mouvement, de paralysie ou d'exaltation de la sensibilité, se sont produits isolément et successivement dans un membre, puis à un autre, en présentant des combinaisons assez curieuses (CXV). Les membres inférieurs ont pu conserver leurs propriétés actives, bien que les supérieurs les eussent déjà perdues.

VIII. On a observé quelquefois des mouvements convulsifs, des trémoussements, des tremblements, des engourdissements, des crampes, etc.

IX. Il y a eu rétention des urines, ou évacuation involontaire. On a noté la dyspnée, la fièvre, l'amaigrissement. Il est survenu des eschares sur le sacrum.

X. Lorsque les accidents cérébraux ou rachidiens se sont prononcés dans le cours d'une maladie des vertèbres déjà ancienne, la terminaison funeste en a été manifestement accélérée.

XI. On a rencontré, dans le crâne de quelques individus, des traces de méningite intense, d'inflammation de la substance corticale, des collections séreuses dans les ventricules, etc.

XII. Les désordres des vertèbres sont : des ramollissements, des infiltrations, des caries, des pertes de substance, des destructions des lames, des ligaments, des fibro-cartilages, etc. On a vu ces parties couvertes de pus, lequel s'épanchait sur les côtés du cou, derrière le pharynx, dans les plèvres,

dans les bronches, entre les muscles des gouttières vertébrales.

XIII. La dure-mère était restée quelquefois saine; plus souvent elle était molle, enveloppée d'une matière blanchâtre, épaisse ou comme gélatineuse.

Les autres méninges, et surtout la pie-mère, étaient enflammées, épaissies, couvertes de pus. Leur tissu, devenu assez dense, semblait resserré autour de la moelle, comprimée et rétrécie (CXVI).

XIV. La moelle, injectée, offrait, vis à vis les vertèbres altérées, un ramollissement porté parfois jusqu'à la désorganisation. Quelquefois, l'altération était assez circonscrite; dans un cas, c'étaient les colonnes antérieures qui paraissaient exclusivement affectées (CXIII); dans un autre, les lésions (ramollissement et dépression) étaient surtout prononcées du côté gauche de la moelle, soit en avant, soit en arrière (CXV).

L'un des cas que j'ai observés a présenté ces circonstances assez curieuses, que l'appareil ligamenteux des vertèbres cervicales et dorsales était comme disséqué par le pus, que l'arachnoïde rachidienne était doublée d'une fausse membrane, la moelle très injectée, le cervelet et un lobe postérieur du cerveau également congestionnés; toutes ces lésions étaient plus prononcées du côté droit. Or, il y avait eu hémiplegie gauche de la face et paralysie du bras droit (CXIV). C'était l'un des nombreux modes de lésions complexes qui peuvent amener la paralysie alterne.

XV. Les nerfs spinaux ont été plus ou moins altérés, presque détruits ou seulement comprimés (CXVII, CXXII).

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA MYÉLITE ET DE LA MÉNINGO-MYÉLITE.

Pour donner une histoire générale de la myélite et de la méningo-myélite, je rapproche les séries de faits qui viennent d'être examinés, et dont le nombre total est de 122. Il faut rechercher leurs rapports généraux, afin de saisir ce

qui appartient essentiellement à l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes.

§ I. — Causes de la myélite et de la méningo-myélite.

a. — **Sexe.** — On regarde généralement le sexe masculin comme plus disposé que le féminin aux affections de la moelle épinière; le relevé suivant confirme cette donnée.

Sur 120 faits portant la désignation du sexe, 81 se rangent du côté des hommes, et 39 du côté des femmes, c'est à dire un peu plus des deux tiers pour les premiers et à peine un tiers pour les secondes.

La série dans laquelle la différence domine le plus est celle de la méningo-encéphalo-myélite, qui, précisément, se trouve en plus étroite connexité avec la paralysie générale, maladie bien plus commune chez les hommes que chez les femmes.

b. — **Age.** — La myélite s'observe à tous les âges; elle peut se produire peu de jours après la naissance. Dans l'exemple qui le prouve, elle était unie à la méningite rachidienne et à l'encéphalite (XCI).

Le relevé de 112 observations donne les résultats suivants :

9	sujets avaient	de 1 à 10 ans.
11	—	de 11 à 20 —
21	—	de 21 à 30 —
24	—	de 31 à 40 —
23	—	de 41 à 50 —
17	—	de 51 à 60 —
5	—	de 61 à 70 —
2	—	l'un 75 et l'autre 79 ans.

Ainsi, c'est dans les périodes moyennes de la vie, de 21 à 50 ans, que se trouve le plus grand nombre de cas; on en compte 68; tandis qu'en additionnant ceux des autres séries, on n'en trouve que 44. C'est donc chez l'adulte que se manifeste le plus souvent la myélite en général; quant à la

myélite simple, c'est principalement de 10 à 40 ans; tandis que la méningo-myélite s'observe surtout de 30 à 60 ans.

c. — **Hérédité.** — Quelques faits permettent d'admettre cette influence quant à la production de la myélite, mais ils sont rares et mal déterminés.

d. — **Constitution, tempérament.** — Ce sont les individus robustes et d'un tempérament sanguin qui paraissent le plus disposés à contracter des maladies inflammatoires de la moelle et de ses enveloppes. Toutefois, ces maladies ont été observées chez un certain nombre d'individus nerveux et faibles, chez des jeunes gens dont la croissance avait été hâtive, chez des jeunes filles dont la puberté avait été précoce ou tardive ou difficilement établie, et la menstruation irrégulière et insuffisante.

e. — **Professions.** — On a vu l'inflammation rachidienne se produire chez des artisans de catégories diverses. Je remarque que la plupart travaillent ayant le tronc plus ou moins courbé et fléchi, comme les serruriers, menuisiers, cordonniers, tailleurs, tourneurs, horlogers, orfèvres. D'autres ouvriers travaillent dans une attitude analogue, mais, en outre, en étant exposés aux vicissitudes atmosphériques, à l'humidité, comme les blanchisseuses, les jardiniers, les maçons, etc. Je trouve encore huit militaires, chez lesquels le tronc garde sa rectitude, mais qui portent le sac sur le dos et sont obligés d'affronter tous les temps. On a vu aussi la myélite chez des hommes d'étude et de cabinet, chez des médecins, des négociants, etc.

f. — **Causes hygiéniques.** — L'*action du froid* et de l'*humidité* sur l'économie est l'un des promoteurs les plus fréquents de la myélite. Le refroidissement, occasionné par l'impression de l'air ou par l'immersion dans l'eau, est surtout nuisible quand il est subit et quand le corps est en sueur.

Néanmoins la myélite n'appartient pas d'une manière plus spéciale à la saison froide. D'un rapprochement de faits, restreint il est vrai, je recueille les résultats suivants :

En janvier............	4 cas.	En juillet.............	4 cas.
En février............	2 —	En août..............	1 —
En mars..............	2 —	En septembre.........	3 —
En avril..............	1 —	En octobre...........	3 —
En mai...............	7 —	En novembre.........	4 —
En juin..............	3 —	En décembre..........	1 —

Ainsi, mai, juin, juillet et août donnent 15 cas; septembre, octobre, novembre et décembre 11; janvier, février, mars et avril 9. Il y a donc une prédominance marquée pour l'été.

Il serait possible qu'une condition encore indéterminée de l'air, ou toute autre influence, fût assez puissante pour préparer les sujets à l'explosion presque *épidémique* de la myélite; on a vu cette maladie apparaître avec une fréquence inusitée en certains temps et en certains lieux. On peut à ce sujet citer, comme exemples, les faits observés à Nantes à la fin de 1845 et en 1846 par M. Marcé (1). Les caractères de la myélite ne furent pas douteux; l'issue fut funeste dans la moitié des cas. On trouva la moelle ramollie dans toute sa longueur, et un liquide était infiltré entre l'arachnoïde et la membrane propre.

Dans l'épidémie acrodynique de 1828, quelques médecins rattachèrent les phénomènes nerveux à une lésion de la moelle. Bally qualifia même cette maladie de *myélite érythémateuse* (2). Mais l'anatomie pathologique ne vint pas confirmer l'aperçu sur lequel cette dénomination était fondée.

2° Comme pour toutes les affections du système nerveux, l'*abus des spiritueux* et des excitants en général peut être une cause de myélite.

3° Les *grandes fatigues*, soit de tout le corps, soit plus

(1) *Journal de la Soc. acad. de Nantes*, 1847, et *Archives*, 4e série, t. XV, p. 524.
(2) *La Clinique*, 1830, t. II, p. 290.

particulièrement de l'appareil locomoteur du tronc ou d'un membre, paraissent avoir provoqué cette maladie.

4° Les *excès vénériens,* une *vie désordonnée* en ont été plusieurs fois accusés.

5° Les fortes *émotions de l'âme,* les *affections morales tristes,* qui retentissent d'une manière si fâcheuse sur l'encéphale, ont aussi une action funeste sur la moelle épinière.

g. — Antécédents pathologiques. — La myélite s'est manifestée chez des individus qui avaient offert dès indices d'irritation de l'axe cérébro-spinal, qui avaient eu antérieurement des convulsions, des spasmes de divers genres. Les faits rapportés par M. Calmeil apprennent que cette maladie se développe parfois chez les *aliénés*. Les *congestions rachidiennes* peuvent coïncider avec les congestions cérébrales, provoquées par des causes diverses, et surtout par la suppression d'une évacuation, du flux menstruel ou du flux hémorrhoïdal, ou d'une suppuration ancienne, ou par la guérison d'un exanthème chronique, ou par le déplacement d'une fluxion quelconque.

Hornung a qualifié l'une des variétés de la myélite de *métastatique,* et l'exemple qu'il en a donné justifie assez bien cette dénomination, puisque l'inflammation de la moelle fut précédée de colite et d'angine [1].

Parmi les maladies qui peuvent faire irruption sur les organes rachidiens après avoir existé en d'autres régions, on note d'une manière particulière le *rhumatisme;* on en a des exemples assez nombreux, et Hornung a établi qu'il existe une myélite rhumatismale, et une myélite arthritique.

La *pellagre* conduit souvent à la myélite chronique. J'ai indiqué ce résultat, prouvé par l'étude clinique des symptômes et par les autopsies cadavériques [2]. J'ai vu trois sujets chez lesquels la phlegmasie rachidienne était incontestable, et qui avaient offert un érythème avec squammes sur la

[1] *Gazette des Hôpitaux,* 1838, p. 114.

[2] Voyez t. V, p. 679 et 693.

région dorsale des mains; cette éruption avait eu lieu durant plusieurs étés précédents. Ces individus étaient : une femme, âgée de trente-deux ans, travaillant la terre près La Réole; une femme, âgée de quarante-six ans, marchande ambulante à Bordeaux; un portefaix, domicilié également à Bordeaux et âgé de trente-six ans.

Les affections *des organes génito-urinaires* semblent avoir une action déterminée sur la production de la myélite. Ainsi, cette maladie s'est développée à l'occasion de rétrécissements du canal de l'urèthre, d'hydrocèle opérée, de métrite, d'aménorrhée, etc.

Une *lésion traumatique* du système nerveux périphérique, une percussion, une pression, une solution de continuité profonde, affectant l'extrémité d'un membre, une dilacération, ayant compromis l'intégrité de quelques rameaux nerveux, provoquent souvent des convulsions, des accidents tétaniques, qui peuvent avoir pour conséquence ou coïncidence la production d'une myélite. Mondiere en a cité un exemple remarquable [1].

Les *traumatismes* qui atteignent directement la colonne vertébrale sont des causes plus puissantes encore de myélite. Même légers, ils peuvent devenir agents provocateurs de cette phlegmasie.

Les *lésions organiques* du rachis, les ramollissements, les tuberculisations, les caries des vertèbres, les destructions des fibro-cartilages, des ligaments, etc., amènent l'envahissement des méninges et de la moelle. Celle-ci peut s'affecter sans l'intervention de ses enveloppes.

Une des variétés de la méningo-myélite a présenté cette grave complication qui, aux deux extrémités et au centre de la colonne vertébrale, peut se présenter sous des modes variés : à l'extrémité supérieure, c'est l'ostéo-myélite cervicale [2]; à l'extrémité inférieure, ce sont le plus souvent des suites de la gangrène des téguments du sacrum et de l'alté-

(1) *Expérience*, t. VI, p. 72.
(2) Schoenfeld, *Gazette médicale*, 1841, p. 283.

ration de cet os, altération qui pénètre dans l'intérieur du canal vertébral. Les gibbosités dorsales par ramollissement ou tuberculisation, etc., finissent par entraîner également l'inflammation et le ramollissement des points correspondants de la moelle.

§ II. — Symptômes de la myélite et de la méningo-myélite.

a. — Prodromes. — Le développement de la myélite est souvent précédé de différents phénomènes qui dénotent un état de souffrance du système nerveux. Ce sont des douleurs sourdes ou vives, mais passagères, dans quelques parties du tronc ou des membres; de l'engourdissement, du fourmillement, du froid ou de la chaleur; c'est un sentiment de lassitude, de faiblesse des membres, sans que des exercices pénibles l'aient précédé et l'expliquent. Il y a parfois des mouvements spasmodiques, irréguliers, involontaires, des crampes ou un état de rigidité en quelque région. Les malades ont éprouvé parfois des maux de tête, des vertiges, de la stupeur. Ils étaient lents, gênés dans leurs mouvements, et se fatiguaient très vite.

Ces phénomènes prodromiques peuvent se montrer de temps à autre, non-seulement pendant plusieurs semaines, mais aussi pendant plusieurs mois.

b. — Invasion. — La myélite commence d'une manière presque insensible, par l'augmentation graduelle de quelques-uns des phénomènes qui viennent d'être indiqués; ou bien elle débute, d'une manière plus tranchée, par quelque trouble subit de l'innervation, par des convulsions, une paralysie partielle, la perte de connaissance, etc. Quelquefois, ce sont des symptômes d'irritation des voies digestives, des nausées, des vomissements, ou des douleurs violentes, qui peuvent ressembler à celles du rhumatisme, de l'angine, de la pleurésie, de la néphrite. Il y a parfois des frissons, des tremblements, une fièvre intense.

c. — **Symptômes cérébraux.** — Les symptômes qui se rattachent aux fonctions de l'encéphale sont rares dans les cas de myélite simple; mais ils surviennent dans les complications, comme dans les diverses phlegmasies de l'appareil nerveux. La *céphalalgie* est le plus commun. L'intelligence a pu éprouver quelques atteintes; il y a eu un délire vague, fugace; des idées de satisfaction, surtout dans les coïncidences de méningo-encéphalite. D'autres fois, c'est de l'assoupissement; il peut y avoir aussi quelques troubles dans les sensations, dans l'exercice de la vision; mais ce n'est que dans quelques cas particuliers qu'il y a eu du strabisme, de la dilatation ou un resserrement morbide des pupilles.

d. — **Examen du rachis.** — Cet examen fait reconnaître, dans quelques cas, une altération de la forme ou de la direction de la colonne vertébrale, qui est plus ou moins gibbeuse, avec roideur des pièces qui la composent. Mais lors même qu'il n'existe aucune déviation, aucune déformation, cet examen fait souvent découvrir une certaine sensibilité, ou même une douleur, dont le malade indique le siége, l'étendue, le degré d'intensité. En parcourant avec les doigts le trajet des vertèbres, en comprimant les apophyses épineuses, mieux encore, en leur imprimant des mouvements de latéralité, on augmente souvent le sentiment douloureux.

On a essayé aussi de découvrir les points les plus sensibles, en passant le long du rachis une éponge imbibée d'eau chaude [1]; le malade témoigne d'une impression plus pénible vis à vis ces points. Mais ces tentatives faites pour rendre la douleur plus manifeste ne réussissent pas toujours dans la myélite. Il est plus fréquent que la sensibilité soit augmentée par les mouvements que l'on fait exécuter à la tête ou au tronc.

La douleur peut être vive, déchirante, pongitive, conti-

[1] Copeland, *Obs. on the symptoms and treatment of the diseases of the spine*. London, 1815. Hornung, *Gazette des Hôpitaux*, t XII, p. 114.

nue, ou, de temps à autre, modérée; elle peut même manquer entièrement.

Elle se fait, dans quelques cas, ressentir moins sur la ligne médiane rachidienne que sur un côté; elle s'étend latéralement en forme de ceinture, ou encore elle se propage aux membres et arrive aux extrémités.

e. — **Altérations de la sensibilité.** — La sensibilité est souvent modifiée dans la myélite; elle peut être exagérée. L'hyperesthésie est ordinairement partielle, affectant un ou deux membres. Le malade ressent des impressions très pénibles au moindre contact; il éprouve des fourmillements, des picotements à la plante des pieds, des sensations de froid ou de brûlure, de constriction ou de crispation ou de déchirement sur le trajet des nerfs.

La sensibilité est d'autres fois émoussée; de là des sensations inexactes; le malade croit qu'un objet intermédiaire sépare la peau du corps qui est en contact avec elle. C'est ce que les malades expriment quand ils croient marcher les pieds nus sur du coton ou sur du sable.

La sensibilité, après avoir été exagérée ou maintenue, s'émousse; elle décroît avec les progrès de la maladie. C'est aux membres inférieurs qu'elle disparaît le plus vite.

f. — **Lésions de la motilité.** — La contractilité musculaire est fréquemment provoquée dans les commencements de la myélite. Ce sont des convulsions, des mouvements convulsifs survenant spontanément ou excités par stimulation directe ou par action réflexe. Les convulsions sont générales, épileptiformes, ou partielles et consistent en de simples mouvements convulsifs. Il peut n'y avoir que des trémoussements brusques, ou des tremblements, ou des crampes, ou des soubresauts de tendons.

Les spasmes, au lieu d'être cloniques, sont parfois toniques. Il existe alors une rigidité tétanique du tronc ou du cou, avec renversement de la tête en arrière, ou des

mâchoires avec serrement des dents, ou une contracture d'un membre avec flexion des doigts, ou des orteils, ou du membre lui-même. Quelquefois, la roideur est générale, le tronc étant inflexible, les membres supérieurs appliqués contre le thorax et les inférieurs rapprochés l'un de l'autre. Cet état s'observe surtout chez les enfants.

L'affaiblissement du mouvement musculaire est l'un des symptômes les plus ordinaires d'une myélite qui prolonge sa durée; mais il se montre quelquefois dès le début; il est alors partiel. La paralysie fait invasion et se propage dans le cours de la maladie; elle se complète vers la fin. Elle affecte ordinairement une paire de membres; c'est la paraplégie qui a lieu le plus généralement : la station debout est peu solide, la marche est vacillante, les pieds s'écartent à chaque pas, comme en fauchant. La paralysie des membres supérieurs est plus rare. Quelquefois, la perte du mouvement commence par un membre, puis elle s'étend successivement aux autres; l'hémiplégie est peu fréquente, mais la paralysie, affectant les deux membres supérieurs ou inférieurs, peut être plus forte à celui ou à ceux d'un côté.

L'excitabilité galvanique persiste souvent, malgré la perte du mouvement volontaire. Les parties paralysées répondent même à un simple excitant mécanique, s'exerçant à la plante des pieds. Une stimulation électrique est plus puissante pour déterminer des contractions; mais il arrive un moment où les muscles affectés ne répondent plus à aucun genre d'excitation.

La sensibilité et la myotilité manifestent une certaine indépendance dans leurs lésions. Le mouvement est souvent détruit dans une partie, sans que la sensibilité y soit diminuée; mais il est plus rare qu'un membre, devenu insensible, conserve la faculté de se mouvoir.

g. — **Phénomènes relatifs à la respiration.** — L'action du thorax est souvent influencée dans la myélite; elle est gênée, incomplète; l'inspiration est courte, comme enrayée, dia-

phragmatique; elle peut être accompagnée de toux, de hoquet, de soupirs, d'efforts; la respiration s'embarrasse à la fin et devient stertoreuse. La dyspnée est très intense quand la douleur rachidienne s'étend en ceinture autour du thorax. Elle est d'autant plus prononcée que la phlegmasie occupe un siége plus élevé.

h. — **Troubles de la circulation.** — Le cours du sang est modifié d'une manière assez variable. Le pouls est tantôt fort, tantôt faible, lent ou fréquent. Il y a parfois de la fièvre. La circulation paraît d'autres fois comme enrayée; la peau prend une teinte violacée, livide; elle offre des taches d'un rouge bleuâtre par une légère pression.

Dans certains cas, le sang des saignées s'est montré couenneux.

i. — **Symptômes fournis par les voies digestives et secrétoires.** — On a observé des nausées et des vomissements qui ont eu lieu dans les premiers jours ou dans la période d'accroissement, et la dysphagie, qui s'est montrée pendant le cours et surtout à la fin de la maladie.

Il est très fréquent de voir les évacuations alvines retenues dans les premiers jours; il y a aussi rétention d'urine; ce fluide s'accumule dans la vessie, ou, enfin, il est rendu involontairement. Mais quelquefois il n'y a ni incontinence, ni rétention; seulement l'urine n'est rendue qu'avec peine, par gouttes ou par jet faible et souvent interrompu.

Les organes génitaux ont, dans quelques cas, paru surexcités. Il y a eu priapisme et émission séminale. La menstruation a continué chez quelques femmes; elle a été supprimée chez d'autres.

Les téguments ont été le siége d'une perspiration abondante, de sueurs copieuses couvrant la tête, le cou, le thorax, les membres supérieurs; il est survenu des éruptions, des phlyctènes; plus souvent un érythème sur les points comprimés, et enfin des eschares; il s'en est formé

sur le sacrum, sur les trokanters et même aux talons. Avec la paralysie des membres s'est manifestée leur atrophie, et, pour les inférieurs, leur gonflement œdémateux.

§ III. — Marche et terminaisons de la myélite et de la méningo-myélite.

L'inflammation de la moelle se divise en aiguë et en chronique.

La myélite *aiguë,* qui parcourt ses périodes en deux à quarante jours, se termine généralement par le ramollissement ou par la suppuration; elle s'accompagne souvent de méningite. Elle offre à un haut degré les symptômes d'irritation et d'inflammation, tels que la fièvre, des douleurs vives au rachis, à la tête, aux membres, des spasmes cloniques et toniques, des vomissements, des éruptions, des sueurs, etc.

La myélite *chronique* entraîne les altérations les plus profondes et les plus persistantes dans la coloration, la consistance, la structure et la forme intérieure de la moelle épinière. Elle peut durer très longtemps, plusieurs mois ou plusieurs années.

Quelquefois la myélite ou la méningo-myélite demeure stationnaire, ou elle semble diminuer; quelques-uns de ses symptômes s'atténuent ou disparaissent. Mais fréquemment après cette sorte de suspension arrive une recrudescence qui peut être rapidement mortelle.

La myélite aiguë peut se terminer par la santé, quand elle n'est pas très grave. J'en rapporterai quelques exemples à l'occasion du traitement. Elle est mortelle si elle est étendue et intense; elle se termine souvent en passant à l'état chronique.

La méningite chronique aboutit, après un temps plus ou moins long, à une terminaison funeste; elle peut amener des lésions organiques de la moelle et des méninges, qui ajoutent au danger.

Les complications hâtent ou provoquent la mort, des

écarts de régime, des imprudences la déterminent, même quand on avait lieu d'espérer une convalescence prochaine.

§ IV. — Anatomie pathologique de la myélite et de la méningo-myélite.

Les altérations propres à la myélite sont assez variées et ont servi de base à la classification des faits. Leur étude en est ainsi préparée et simplifiée.

La moelle épinière ne paraît quelquefois présenter d'autre changement qu'une coloration anormale, laquelle peut être rouge ou rosée, rouge grisâtre ou jaunâtre. Cette teinte tranche avec celle des parties saines; elle pénètre à une plus ou moins grande profondeur; elle peut offrir des inégalités et des différences d'intensité. Ce changement de coloration résulte de l'injection plus ou moins forte des vaisseaux. Quand la maladie est récente, la teinte rouge domine; lorsqu'elle est déjà ancienne, elle peut devenir brunâtre, jaune ou grisâtre.

L'augmentation du volume de la moelle enflammée tient encore à la réplétion des vaisseaux.

Le ramollissement de la moelle épinière est la suite la plus ordinaire de l'inflammation de cet organe; il est accompagné de l'un des changements de couleur qui viennent d'être indiqués. Il se montre à des degrés différents, depuis la simple mollesse, qui permet encore de distinguer la structure, jusqu'à la diffluence, qui en a effacé les dernières traces. Le ramollissement peut attaquer isolément ou simultanément les substances blanche et grise. Lorsque celle-ci est affectée, ce sont de longues lignes ou raies qui occupent le centre de la moelle, et en même temps le volume de cet organe est quelquefois augmenté. La moelle a, dans quelques cas, présenté des alternatives de dilatation et de rétrécissement.

L'induration du tissu de la moelle a été constatée, et, quelquefois, il y a eu coïncidence, mais en des points différents de l'induration et du ramollissement. De même que celui-ci, l'induration présente des consistances variées,

depuis la simple fermeté jusqu'aux limites de la sclérose, altération dont il sera fait mention plus loin.

La suppuration se présente sous divers aspects; le pus infiltre la substance de la moelle, ou il est exsudé à sa surface, ou colligé dans une cavité intérieure, en y formant un abcès.

Une autre altération fort curieuse est l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans une cavité centrale et longitudinale; c'est tantôt la dilatation du canal, existant primitivement à l'intérieur de la moelle (1); tantôt le résultat d'un écartement pathologique des parties constitutives de la substance grise.

Enfin, on a trouvé, dans ce même centre, un corps solide qui pouvait être ou l'épendyme lui-même, oblitéré et épaissi, ou bien l'effet d'une condensation du fluide antérieurement accumulé dans la cavité naturelle ou factice, complètement obstruée.

Les diverses parties constitutives de la moelle peuvent être affectées isolément. Les dernières altérations que je viens d'indiquer appartiennent à la substance grise; elles en suivent la direction et en gardent les limites. Le volume total de la moelle en est augmenté, à cause de l'accumulation des fluides ou de la présence du corps solide qui en occupe l'intérieur.

La substance grise ramollie prend souvent une teinte rouge-brune chocolat. Elle est le siége du ramollissement central que j'ai déjà signalé et qui a été observé par Albers et par Rokitansky (2).

La substance blanche est phlegmasiée et d'une teinte rougeâtre, à cause de ses rapports intimes avec la membrane propre de la moelle, si riche en vaisseaux.

Cette substance peut être affectée dans les faisceaux distincts qu'elle forme : tantôt ce sont les cordons antérieurs, tantôt ce sont les cordons postérieurs qui sont ou ramollis,

(1) Calmeil, *Journal des Progrès*, t. XI, p. 83.

(2) *Anatomie pathologique*, traduction anglaise, t. III, p. 449.

ou indurés, ou diversement colorés; parfois ce sont ceux d'un côté seulement ou principalement.

La moelle épinière peut être enflammée à sa partie supérieure, dans une plus ou moins grande étendue, dans son renflement cervical ou dans ses portions dorsale ou lombaire, et dans son renflement inférieur.

La queue de cheval offre souvent des traces de phlegmasie par sa teinte rougeâtre et par l'exsudation plastique et purulente qui enveloppe ses filets.

Les méninges rachidiennes présentent fréquemment des traces d'inflammation par leur injection, leur couleur rougeâtre, leur épaississement, les infiltrations ou les épanchements séreux, troubles ou purulents qui les pénètrent, par les dépôts plastiques qui les tapissent, etc.

La dure-mère est quelquefois aussi recouverte à sa surface externe par des extravasations sanguines, ou des exsudations gélatiniformes.

Le corps des vertèbres a paru aussi quelquefois imprégné de sang; mais, dans les cas d'ostéo-myélite, des altérations graves ont été constatées. C'étaient des ramollissements, des déformations, des caries, des destructions, qui atteignaient à la fois les os, les fibro-cartilages et les ligaments.

Enfin, les complications intra-crâniennes de la myélite se traduisent par diverses altérations appartenant à la méningite et à l'encéphalite.

§ V. — Physiologie pathologique de la myélite.

L'exposition des phénomènes constatés pendant le cours de la myélite a prouvé l'influence exercée par la moelle épinière sur la sensibilité générale, sur l'action musculaire, sur la respiration, sur les organes de la défécation et de l'excrétion de l'urine. Ces diverses facultés et ces divers actes ont été enrayés, troublés dans leur exercice. Mais les parties dont se compose la moelle étant multiples et les facultés et les actes diversement modifiés, on doit rechercher dans quels

rapports se trouvent les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels. Cette recherche est d'un haut intérêt et exige une désignation précise des faits. Les réponses fournies par l'observation pathologique sont loin d'être identiques; c'est une raison de plus pour interroger encore et un motif sérieux de ne pas conclure trop vite, ou du moins d'admettre des distinctions fondées sur les résultats les plus immédiats du rapprochement des faits.

La lésion spéciale des *colonnes postérieures* de la moelle ayant été constatée dans huit cas, voici les symptômes correspondants. Il y a eu :

Paralysie du mouvement et perte de la sensibilité, quatre fois (XXII, XXIX, LXIII, LXVIII);

Perte du mouvement des membres inférieurs sans perte de la sensibilité générale, une fois (IV);

Paralysie du mouvement avec hyperesthésie, deux fois (L, LXI);

Rigidité sans paralysie, une fois (LVII).

Dans sept cas, la lésion appartenant aux *colonnes antérieures* de la moelle, a eu pour effets : la perte du mouvement, sans lésion de la sensibilité (LXII, LXXIX, CX), avec hyperesthésie (XXI), avec douleurs dans les membres paralysés (CXIII); des spasmes toniques (LIV), ou toniques et cloniques (LXXVI).

Dans quatorze cas, la lésion siégeait dans la *substance grise* centrale, et il y avait :

Perte du mouvement et perte de la sensibilité, six fois (XXXVIII, XXXIX, XLI, XLII, XLV, XLVI);

Perte du mouvement avec conservation et même exaltation de la sensibilité, quatre fois (III, IX, XL, LIX);

Pas de paralysie, mais convulsions, une fois (XXX);

Motilité et sensibilité conservées, deux fois (XLIII, XLIV).

En rapprochant ces résultats au point de vue de la diversité des phénomènes et de leurs rapports avec le siége de la lésion, on trouve : 1° que la paralysie du mouvement a eu lieu, avec la lésion des colonnes postérieures, 7 fois sur 8,

avec celle des colonnes antérieures, 5 fois sur 7, avec celle de la substance grise centrale, 10 fois sur 14; 2° que la perte de la sensibilité s'est manifestée 4 fois dans les lésions des colonnes postérieures, et 6 fois avec celles de la substance grise centrale; 3° que la sensibilité a été conservée ou exaltée dans les lésions des colonnes postérieures 3 fois, des colonnes antérieures 3 fois, de la substance grise 4 fois; 4° qu'il y a eu spasme plutôt que paralysie 1 fois dans les lésions des colonnes postérieures, 2 fois dans celles des colonnes antérieures, et 1 fois seulement avec celles de la substance centrale.

Ainsi, aucune des parties constitutives de la moelle rachidienne ne préside exclusivement à l'exercice soit de la sensibilité, soit de la motilité; toutes ont de l'influence sur le mouvement, et, quant à la sensibilité, les colonnes postérieures et la substance grise en ont plus que les colonnes antérieures.

En définitive, les divers faisceaux composant le cordon rachidien concourent presque également à l'exercice de la motilité; et les colonnes postérieures et la substance centrale se partagent l'influence exercée sur la sensibilité.

Voilà ce que dit la myélite sur cet intéressant sujet. Il y aura plus tard à s'assurer si les données fournies par les autres genres de lésion n'y apportent pas quelques modifications.

Les lésions des diverses régions de la moelle ont occasionné des effets variés et spéciaux. Ainsi les phlegmasies situées à la partie supérieure de la région cervicale (XVIII, XXVI, LXXV) ont entraîné la perte du sentiment et du mouvement des quatre membres, ou spécialement des membres supérieurs. Il y a eu érection. Dans l'ostéo-myélite cervicale on a constaté, indépendamment de la roideur du cou et de la gêne du pharynx, des phénomènes d'excitation pulmonaire, toux, dyspnée, douleurs thoraciques [1].

[1] Schoenfeld, *Annales de la Soc. de Méd. de Gand*, 1840, déc. (*Expérience*, t. VII, p. 73.)

Lorsque la moelle a été affectée au-dessous de la partie moyenne de la région cervicale et jusqu'aux premières dorsales (VIII, IX, XI, XX, XXIV, XXV, XXVIII, LXXVIII), il y avait encore paralysie des membres supérieurs et inférieurs, simultanément ou isolément; de plus, respiration lente, pénible, diaphragmatique, sentiment douloureux dans le thorax, voix faible, battements de cœur, vomissement, dysphagie, paralysie du rectum, de la vessie.

Quand la moelle a été lésée aux régions dorsale et lombaire (X, XII, XV, XIX), c'est principalement la paraplégie qui s'est produite, et parfois il y a eu des mouvements brusques, spasmodiques, convulsifs des membres inférieurs, douleurs aux pieds, rétention ou incontinence des évacuations.

Aux effets de l'inflammation de la moelle se sont ajoutés souvent les produits accidentels sécrétés, comme la sérosité, le pus, les fausses membranes, dont la présence, la pression, la constriction ont ajouté au trouble déjà existant dans l'exercice des fonctions.

La conversion de l'épendyme en un corps solide épais, ou la concrétion d'un fluide au centre de la moelle, aurait dû contribuer encore à la perturbation, et cependant ces altérations si considérables ont pu être tolérées assez longtemps par les organes sans accidents graves; ceux-ci ne se sont développés qu'à un moment donné, avec leurs conséquences inévitables (XLV, XLVI).

§ VI. — Diagnostic de la myélite et de méningo-myélite.

Le diagnostic de la myélite offre des difficultés qui résultent de la profondeur du siége de la maladie, que d'épaisses enveloppes éloignent des investigations extérieures, et qui tiennent encore à la diversité des symptômes et à leurs analogies nombreuses avec ceux de plusieurs affections de nature différente, mais de même localisation.

Examinons d'abord les circonstances dont on a constitué la séméiologie de la myélite.

1° *Intégrité des sens et de l'intelligence.* — L'absence d'indices d'une lésion de l'encéphale, lorsque les convulsions, la rigidité, la paralysie dénotent une maladie grave dans les centres nerveux, reporte naturellement l'attention du côté de la moelle épinière ; mais nous avons vu que dans certains cas où celle-ci était principalement ou même spécialement malade, il y a eu quelquefois des phénomènes d'irritation encéphalique, céphalalgie, délire, modification dans l'état des pupilles, etc.; et lorsqu'il y a complication d'encéphalite ou de méningite crânienne avec la myélite, la distinction ne peut être établie; l'association dans les phénomènes existe; il y a confusion ou plutôt complication dans les états morbides. Le diagnostic est alors nécessairement complexe, c'est celui de la méningo-encéphalo-myélite.

2° *Douleur le long du rachis.* — Cette douleur, qu'on provoque ou qu'on augmente par les mouvements du tronc, par la pression, par le contact d'un corps chaud, manque assez souvent. Elle s'écarte quelquefois de la ligne médiane; mais quand elle existe, et qu'elle se trouve sur le trajet même de la colonne vertébrale, elle forme un signe d'une assez grande valeur. Toutefois, Chomel (1) et Rostan (2) n'attachent qu'une faible importance aux résultats de la pression exercée sur les apophyses épineuses.

3° *Lésions de la sensibilité et de la motilité musculaire.* — Ces facultés de l'innervation sont lésées de différentes manières; ainsi la sensibilité peut être émoussée, abolie, ou exaltée, ou simplement conservée; la myotilité exagérée, convulsive, spasmodique, rigide, soutenue ou affaiblie, et même éteinte. Quel sera le mode morbide le plus apte à guider le jugement, à éclairer le diagnostic? Chacun de ces phénomènes, même léger ou fugace, peut donner une notion utile s'il est joint à d'autres indices; mais une paralysie successivement accrue et devenue permanente forme le signe

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 43.
(2) *Gazette médicale*, 1846, p. 777.

le plus ordinaire et le plus certain, surtout s'il est fourni par des membres similaires, par les membres inférieurs.

4° *Paralysie du rectum et de la vessie.* — Cette paralysie peut produire soit la rétention des matières destinées à être excrétées, si les sphincters conservent quelque action, soit l'incontinence, l'évacuation involontaire s'ils l'ont perdue; ces symptômes ont encore une signification assez certaine.

5° *Extinction de la faculté génératrice chez l'homme.* — Rostan a donné ce signe comme l'un des plus assurés [1], mais on a vu les organes sexuels surexcités dans des cas de myélite de la partie supérieure du cordon rachidien. Il ne faut donc pas regarder l'inertie de ces organes comme attachée nécessairement à la myélite.

6° *Troubles de la respiration, de la circulation, de la digestion.* — Les phénomènes morbides qui se rattachent à l'exercice de ces fonctions sont loin d'être constants, et leur absence ne saurait faire naître un doute sérieux sur la réalité de la myélite; mais quand ils existent, et quand le siége de la lésion est à la région cervicale, ils ajoutent à la validité du diagnostic.

Les divers signes que je viens de rappeler ont donc de l'importance, surtout quand ils sont réunis et qu'ils se prêtent un appui réciproque.

Mais de nombreuses maladies pivotant pour ainsi dire autour de la moelle épinière peuvent en imposer pour l'inflammation de cet organe.

La méningite rachidienne s'en rapproche d'autant plus que souvent elle la complique, et que leurs phénomènes se confondent, comme le prouvent les faits de méningo-myélite.

Considérée isolément, la méningite rachidienne produit en général des douleurs plus vives que la myélite; ces douleurs s'étendent vers l'occiput et deviennent excessives par les moindres mouvements; dans la méningite rachidienne,

(1) *Gazette médicale*, 1846, p. 777.

les spasmes toniques, le trismus, l'opisthotonos, les contractures ont lieu plus souvent que la paralysie musculaire; la fièvre survient assez promptement, et la maladie est plus ordinairement aiguë que chronique; à ces traits on peut, jusqu'à un certain point, discerner la myélite de la méningite rachidienne.

Les altérations des vertèbres, les lésions organiques qui se développent dans le canal vertébral, ou dans les méninges, ou dans le tissu même de la moelle, et qui seront étudiés plus loin, ne peuvent être confondues avec la myélite aiguë, mais elles ont de grandes analogies avec la myélite chronique. Nous aurons occasion d'y revenir à plusieurs reprises.

La myélite aiguë ou chronique peut être simulée par une affection rhumatismale de la région dorsale, par le lombago surtout, mais cette maladie cède généralement assez vite à un traitement énergique.

Les paralysies purement nerveuses ressemblent plus ou moins à celles qui ont pour cause une myélite. Ce n'est pas le moment de chercher à les distinguer.

La maladie appelée irritation spinale peut avoir quelques traits de ressemblance avec la myélite; c'est ce qui sera examiné ailleurs.

L'ostéo-myélite cervicale a parfois revêtu l'aspect d'une maladie des poumons à cause de la toux, de l'oppression, des douleurs vagues ressenties dans la poitrine. Le diagnostic réclame alors une certaine attention, comme le prouvent quelques-uns des faits que j'ai exposés. Il faut surtout diriger ses recherches du côté du rachis, et en constater très exactement l'état, la direction, la forme, la sensibilité, et porter ses investigations sur l'exercice des fonctions du système nerveux.

§ VII. — Prognostic de la myélite et de la méningo-myélite.

La myélite est une maladie fort grave en ce qu'elle fait périr ou qu'elle laisse les individus qu'elle affecte dans une

longue impotence. Elle peut plus facilement guérir quand elle est aiguë.

J'ai vu à la clinique de l'hôpital Saint-André environ soixante malades chez lesquels la myélite m'a paru incontestable, mais n'a point été prouvée par la nécropsie ; aussi n'ai-je pas voulu m'en servir pour tracer l'histoire rigoureusement exacte et positive de la maladie; mais je peux, sans inconvénient, m'en servir en ce moment, pour montrer que la myélite n'est pas une cause de mort rapide.

Ces 60 individus (43 hommes et 17 femmes) avaient, en grande majorité, de trente à cinquante ans, et près d'un tiers seulement avaient de vingt à trente ou de cinquante à soixante ans. Ils étaient malades depuis trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf, dix, onze, douze, dix-huit mois; deux, trois, quatre, cinq, huit, neuf et dix ans. Cette récapitulation sommaire donne une idée de la durée à laquelle la myélite peut arriver, par conséquent du peu de danger immédiat qu'elle fait courir, mais en même temps de sa résistance aux moyens de l'art. Les malades sur lesquels ces observations ont été recueillies ne séjournèrent à l'hôpital qu'un, deux ou trois mois; très peu y demeurèrent plus longtemps. Voici, d'ailleurs, les résultats qu'il a été possible d'obtenir :

7 sujets, chez lesquels la maladie était encore à l'état aigu, sont sortis guéris.

17, chez lesquels la maladie datait de plusieurs mois, ont éprouvé une amélioration notable; c'est à dire que les mouvements des membres inférieurs sont devenus plus faciles et plus solides.

36 n'ont subi aucun changement.

Ainsi, les individus atteints de myélite peuvent vivre un temps assez long, et les moyens de l'art n'ont trop souvent qu'une faible influence sur la marche et la durée de la maladie.

Mais il résulte de mes observations que les sujets chez lesquels la maladie s'est prolongée n'avaient que des myélites de la moitié inférieure du cordon rachidien. La paraplégie

en formait le principal caractère. Il y avait, fréquemment, incontinence d'urine, et la douleur était rapportée surtout à la région lombaire. C'est dans ces circonstances que la myélite permet de vivre plus ou moins longtemps; mais, en même temps, elle est à peu près incurable. Elle est rendue telle par les altérations de structure que l'inflammation fait naître, et la mort n'est souvent qu'accidentelle, produite par des complications graves ou par une détérioration générale de l'organisme, par les eschares qui se forment sur le sacrum, etc.

Lorsque la myélite affecte la région cervicale, elle est plus promptement mortelle, à cause de l'influence que les points lésés exercent sur la respiration, la déglutition, la circulation.

Si la méningite accompagne la myélite, celle-ci est plus rapidement funeste; quand elle coïncide avec une altération des vertèbres, elle est encore extrêmement dangereuse, bien que fort lente dans ses progrès.

La myélite produite par une cause extérieure, comme le refroidissement, et traitée à temps, chez un sujet jeune, est en général plus curable que celle qui survient après d'anciennes maladies nerveuses, après des convulsions répétées ou après de longues atteintes de rhumatisme.

§ VIII. — Traitement de la myélite et de la méningo-myélite.

Le traitement de la myélite se compose des antiphlogistiques, des révulsifs, etc., qu'on oppose généralement aux phlegmasies; mais il offre de grandes difficultés, à cause de la profondeur des parties lésées ou de la tendance qu'a la maladie à devenir chronique et à dégénérer en lésion organique.

1° Lorsque l'état inflammatoire est évident, le sujet jeune et robuste, il faut attaquer la myélite par les *émissions sanguines générales* et de préférence par la saignée du pied.

Si la maladie est moins aiguë, le malade d'une constitution

moyenne ou faible, on a recours aux *émissions sanguines locales*. On a fait mettre des sangsues en grand nombre sur le trajet du rachis. Je préfère les ventouses scarifiées; mais les sangsues peuvent être appliquées derrière les oreilles ou aux tempes, s'il y a quelque apparence de complication encéphalique, comme dans le fait que voici.

Un forgeron robuste, âgé de vingt-six ans, ayant eu précédemment un rhumatisme lombaire, éprouvait depuis six jours de la céphalalgie, des vertiges et des douleurs le long du rachis. Les mouvements de flexion du tronc étaient très difficiles; toux sèche, fréquente; insomnie, sueurs toutes les nuits, soif vive, contractions spasmodiques dans les membres inférieurs (saignée du pied abondante); douleur cervicale vive (quatre ventouses scarifiées sur cette région). Douleur frontale intense (cinq sangsues à chaque tempe); diminution de la céphalalgie, mais la tête se renverse en arrière, le cou est roide; fourmillements à la plante des pieds (un vésicatoire à la nuque; bains entiers tièdes, rendus ensuite légèrement sulfureux). Guérison au bout de vingt-cinq jours.

Il est impossible de nier l'utilité des émissions sanguines, dans ce cas, ainsi que dans le suivant :

Une fille, âgée de seize ans, non encore menstruée, travaillant la terre, éprouve, dans le mois d'août, des accès de fièvre sans type marqué; on la purge et on lui donne du sulfate de quinine. Au bout de peu de jours, elle est prise à son réveil d'engourdissement du bras droit, qui augmente et prive ce membre de toute motilité volontaire; bientôt après douleurs vives dans le membre pelvien gauche, sans gonflement ni rougeur; impossibilité de marcher; engourdissement croissant dans les deux membres inférieurs. Quatre ventouses scarifiées sur la région cervicale, et, trois jours après, quatre autres sur la région lombaire. Amélioration promptement obtenue et accrue de jour en jour par l'usage des bains alcalins.

2° On a proposé de faire des affusions froides sur le rachis, ou même d'y tenir appliquées des vessies remplies de glace. Je n'ai point employé ces moyens; je ne les crois pas efficaces. Ils seraient d'un usage fort peu commode, à cause de la position obligée des malades sur le dos.

Les onctions mercurielles ont été préconisées par Berndt

de Greifswald [1]. J'ai souvent eu recours à des *cataplasmes* de farine de lin, grands, épais, allongés, qui recouvraient toute la partie affectée de la colonne vertébrale et y formaient comme un bain local permanent. Ces cataplasmes devaient être renouvelés toutes les deux heures. Ils s'échauffent avec une grande promptitude, et leur changement soulage beaucoup.

3° Ces topiques ne rendent pas inutiles les *bains entiers tièdes*. Je les ai employés plusieurs fois avec un succès marqué, surtout dans les circonstances suivantes.

Un jeune garçon, âgé de neuf ans, en pension, s'était refroidi à la promenade, à la fin de février. Il fut pris de douleurs vagues dans le dos, et d'engourdissement dans les membres. Cet enfant était lymphatique, blond, à peau blanche; il était fort pâle; le pouls était petit et fréquent. La paralysie se prononce de plus en plus dans les quatre membres; l'évacuation de l'urine devient impossible. Je ne juge pas les émissions sanguines convenables, mais je prescris des bains tièdes et émollients, d'une heure et demie de durée, employés tous les jours. Il avait fallu sonder l'enfant toutes les sept à huit heures. Le premier bon effet des bains fut de rétablir le cours de l'urine. Au bout de quinze à vingt jours, la paralysie se dissipa graduellement et complètement.

Un jeune homme, grand et maigre, âgé de vingt ans, issu d'un père très nerveux et bizarre, avait beaucoup travaillé pour se faire recevoir bachelier ès lettres, et avait échoué deux fois. Il souffrait de la tête et éprouvait un grand malaise. On couvre le crâne avec des sachets de sable chaud. La tête devient plus lourde et l'intellect un peu obtus. On conseille les bains de mer, qui semblent d'abord faire du bien; mais bientôt les membres s'affaiblissent; il survient de la fièvre. Le malade est amené à Bordeaux, et je suis consulté. La vue est obscure; il y a parfois de la diplopie. Il n'y a pas de délire, mais un peu de stupeur; la tête est chaude et le pouls fréquent. La faiblesse musculaire est très prononcée dans les membres inférieurs; elle l'est moins dans les supérieurs, où s'observent des trémoussements fréquents et des tremblements passagers. Il y a des fourmillements dans les pieds et dans diverses autres parties. Les parois abdominales sont fortement tendues. Le tronc devient douloureux en divers points dès qu'on lui fait exécuter des mouvements, ou quand le malade tourne la tête; mais il n'y a de douleur fixe en

[1] *Journal d'Hufeland*, et *Gazette médicale*, 1831, p. 326.

aucune région du rachis. L'urine coule involontairement; bientôt elle ne peut être évacuée sans le secours de la sonde. Les évacuations alvines n'ont lieu qu'au moyen des lavements laxatifs. La station debout est devenue impossible. Je conseillai les bains entiers, tièdes, prolongés; des vésicatoires volants sur le rachis, puis deux cautères sur des points qui avaient paru un peu plus sensibles à la partie supérieure de la région dorsale; des frictions sur les membres sont faites avec les huiles de laurier et de camomille. Je recommandai, en outre, un régime assez sévère (bouillons, potages, et surtout laitage froid). L'appétit, qui languissait, se réveilla; le sommeil devint bon, l'intellect se rétablit; le pouls, qui s'était abaissé jusqu'à 54 et 56, revenait, après chaque repas, à 80. La force se rétablit d'abord dans les membres supérieurs et à la vessie; le malade put écrire vers la fin du deuxième mois, et, dans le courant du troisième, les membres inférieurs soutenaient parfaitement le corps. La guérison a été complète.

4° J'ai mentionné les *vésicatoires volants* et les *cautères*, appliqués sur le trajet de la colonne vertébrale. Ce sont des moyens très souvent employés; les derniers surtout sont d'un usage presque banal, dès que l'on soupçonne une affection de la moelle. J'ai employé, dans un cas, les moxas en très grand nombre, en suivant la direction des gouttières vertébrales. Le marteau de Mayor peut encore être utile.

Lorsque la douleur est fixe, vive et permanente, on peut donner la préférence au séton. Ce moyen avait été employé à l'hôpital de Tours par Bretonneau, chez un malade atteint de myélite, qui en avait retiré une assez solide guérison; mais qui, exposé de nouveau à de grandes fatigues, vint plusieurs années après, en 1845, à l'hôpital Saint-André, se faire soigner de la même maladie. C'était un garçon tapissier, âgé de quarante-un ans, chez lequel une forte dyspnée s'ajoutait aux autres symptômes de la myélite. Il y avait aussi une diarrhée difficile à réprimer. Des cautères furent appliqués sur quelques points douloureux, mais non avec le succès décisif qu'avaient eus les deux sétons posés jadis sur les gouttières vertébrales. Je parlai d'y revenir; mais le malade, qui se trouvait soulagé par les précédents moyens, refusa ceux-ci et quitta l'hôpital.

5° Les *bains sulfureux* ont été les moyens le plus généralement employés dans les myélites chroniques ; ils m'ont paru avoir une grande utilité. Je pourrais rapporter trois exemples de guérison obtenue après leur usage prolongé, alors que plusieurs autres moyens avaient paru inefficaces. Quand la myélite aiguë se prolonge, il faut y avoir recours ; c'est surtout alors qu'ils réussissent. Dans la myélite chronique, ils sont encore utiles; mais on ne peut guère en attendre qu'une amélioration. J'ai souvent fait ajouter le sous-carbonate de soude au sulfure de potasse.

6° Les *toniques* remplissent quelquefois une indication importante dans le traitement de la myélite. Cette maladie peut se produire, en effet, chez des sujets dont la constitution est faible ou a été détériorée par un long séjour dans des pays malsains. Tel était le cas d'un terrassier, qui avait travaillé au Verdon (pointe septentrionale du Médoc), lieu sablonneux et entrecoupé de canaux, exposé aux tempêtes, à cause de son voisinage de l'Océan. Les fièvres intermittentes y sont très communes. Ce malade en avait eu d'abord des accès sous le type quotidien. On l'avait purgé et soumis au sulfate de quinine. La fièvre avait cédé assez promptement; mais il était survenu une extrême faiblesse musculaire ; la marche et la station debout étaient impossibles, des fourmillements étaient sentis dans les membres inférieurs et à la plante des pieds; une douleur vive correspondait au niveau des trois premières vertèbres lombaires et s'étendait de bas en haut. Les urines coulaient parfois involontairement. L'extrait alcoolique de noix vomique parut d'abord utile; mais, au bout de peu de jours, la faiblesse des membres avait augmenté sensiblement. Le sujet avait la peau d'un pâle jaunâtre, toutefois sans palpitations de cœur ni bruit de souffle; il était survenu un peu de diarrhée, qu'un régime sévère fit cesser promptement. Alors, je donnai l'infusion et l'extrait mou de quinquina, et, sous l'influence de ce médicament, prolongé pendant vingt-cinq jours, la volonté reprit son empire sur la vessie et sur les membres inférieurs.

J'ai assez souvent employé, comme auxiliaires, l'infusion d'arnica, celle de valériane, ou d'autres antispasmodiques.

7° J'ai conseillé avec utilité l'*iodure de potassium* chez un malade dont la myélite me paraissait avoir eu pour origine un rhumatisme chronique. Les bains sulfureux étaient employés simultanément.

8° J'ai prescrit l'*ergotine* dans quelques cas, comme stimulant spécial de la fibre musculaire. Je n'en ai pas obtenu des effets remarquables. Au même titre, j'ai eu recours à l'extrait alcoolique de *noix vomique;* mais il m'a fallu le cesser très souvent, à cause des secousses effrayantes et douloureuses qu'il provoquait dès que la dose en était augmentée. Ces secousses m'ont paru plus fortes dans la myélite chronique que dans les paralysies ordinaires.

J'ai employé assez souvent la *brucine,* à laquelle je n'ai pas reconnu d'inconvénients. Je l'ai donnée à la dose de 3 à 5 centigrammes deux ou trois fois par jour. Elle a contribué, avec les bains sulfureux, aux améliorations constatées chez un certain nombre de malades.

VI. — NÉVRITE.

La névrite est l'inflammation d'un nerf. C'est une maladie locale et plus ou moins circonscrite, caractérisée par les altérations propres à l'état phlegmasique. Elle diffère des autres affections nerveuses, le plus souvent générales, et de celles qui n'entraînent, dans les apparences physiques des nerfs, aucun ou presque aucun changement appréciable. Elle doit également être distinguée des lésions qui dénaturent complètement la texture nerveuse.

Boerhaave fut l'un des premiers à se préoccuper du rôle que joue l'inflammation locale dans les affections des nerfs; mais il contesta à ces organes eux-mêmes la faculté de s'enflammer. *Nemo unquam vidit inflammationem in nervo* [1].

[1]) *De morbis nervorum.* Lugd.-Batav., 1761, t. I, p. 265.

Cette exclusion s'adressait à la pulpe nerveuse; car, selon l'illustre auteur, si l'inflammation survient, c'est dans les tuniques des nerfs, et déjà il avait fait remarquer que ces enveloppes sont passibles de toute espèce d'inflammation, parce qu'elles sont munies d'artères ([1]); et, plus loin, il émet l'opinion que cette lésion, comprimant le nerf, c'est à dire sa pulpe, peut produire une paralysie qui cesse avec sa cause ([2]).

A ces idées ne tardèrent pas de s'ajouter celles de Cotugno de Naples. Traitant de la sciatique, qu'il divise en arthritique et nerveuse, et, essayant de donner de celle-ci une notion précise, il la considère comme l'effet d'une exhalation séreuse, d'une sorte d'hydropisie formée dans les tuniques des cordons nerveux, et il fait remarquer que si le sciatique est de tous les nerfs le plus exposé à cet état morbide, et après lui le nerf cubital, c'est qu'ils ont des gaînes amples, sous lesquelles l'humeur sécrétée peut facilement s'accumuler et devenir âcre ([3]). Or, cette exsudation, indiquée par Cotugno comme cause de la maladie, ne pouvait être considérée que comme le résultat d'un travail phlegmasique.

Plusieurs années après, Ploucquet ([4]) et Nasse ([5]) établirent l'existence et tracèrent les caractères de l'inflammation du tissu nerveux.

Joseph Frank présenta ensuite des considérations sur cette phlegmasie, et y rapporta les tumeurs qui peuvent se former sur le trajet des nerfs ([6]).

Val. nob. ab Hildenbrand consacra, bientôt après, un court chapitre à la névrite, et la distingua en névro-myélite ou inflammation de la pulpe nerveuse, celle que Boerhaave avait refusé d'admettre, et en névrilemmatite, celle qui,

([1]) *De morbis nervorum*. Lugd.-Batav., 1761, t. I, p. 62.

([2]) *Ibidem*, t. II, p. 700.

([3]) Dominici Cotunnii, *De ischiade nervosa commentarius*. Viennæ, 1770, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII.

([4]) Ploucquet, *De myositide et neuritide*. Tubingæ, 1790.

([5]) Nasse, *De neuritide*. Halæ, 1801.

([6]) *Praxeos medicæ præcepta*. Lipsiæ, 1821, pars IIa, vol. Ia, t. IV, p. 131.

prolongée, engendre l'exsudation signalée par Cotugno [1].

Jusque-là, la névrite est annoncée, ou même affirmée, plutôt que démontrée. Les faits manquaient; ils vont se présenter. On voit d'abord paraître ceux réunis et succinctement rapportés par Van de Keer [2]; ensuite dix observations exactement et judicieusement exposées par Martinet [3], et les cas remarquables de névrite puerpérale recueillis par Dugès [4].

Descot dit très peu de choses dans sa dissertation relative aux maladies des nerfs, sur l'inflammation spontanée du tissu nerveux. Il ne paraît pas l'avoir observée [5].

Jos. Swan s'est surtout occupé des lésions d'origine traumatique; mais il a fait connaître quelques autres cas spéciaux d'un certain intérêt [6].

Des constatations exactes ont résulté des recherches faites par M. Gendrin dans plusieurs cas de névrite aiguë et chronique [7].

Mêlier, après avoir, dans un rapport sur un Mémoire d'Arloing, relatif aux névralgies, présenté un parallèle fort intéressant entre cet ordre de maladies et la névrite [8], a exposé un fait relatif à cette dernière, confirmant, d'une manière très instructive, les remarques qui avaient servi de base à ses distinctions [9].

La névrite a été étudiée avec soin à Turin par Griffa [10] et par Ascanius Sobrero [11], à Utrecht par Van der Lith [12], à Vienne par Rokitansky [13]. Elle a fait le sujet de la thèse

(1) *Institutiones medico-practicæ*. Viennæ-Austriæ, 1822, t. II, p. 17.
(2) *Journal universel des Sciences médicales*, 1822, t. XXV, p. 68.
(3) *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 329.
(4) *Revue médicale*, 1824, t. III, p. 157.
(5) *Sur les affections locales des nerfs*. Paris, 1825, p. 195.
(6) *A treatise on diseases and injuries of the nerves*. London, new edit., 1834, p. 57.
(7) *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, p. 142 et 176.
(8) *Journal général*, 1827, t. XXXVII, p. 316.
(9) *Ibidem*, 1829, 3e série, t. XI, p. 157.
(10) *De neuritide*. Aug., Taurinorum, 1834.
(11) *Dissert. neuritis*. August. Taurinorum, 1835, p. 85.
(12) *De vitiis nervorum organicis*. Amstelodami, 1838. *De neuritide*, p. 58.
(13) *Anatomical pathol*., transl., t. III, p. 462.

de M. Verdureau ([1]), et des observations microscopiques de M. Cornil ([2]).

Il sera possible de puiser, aux sources qui viennent d'être indiquées, des documents exacts. J'exposerai quelques-uns des faits les plus complets, en écartant ceux qui sont les conséquences d'un traumatisme, déjà étudiés dans la deuxième classe des maladies du système nerveux.

Les faits doivent être disposés selon l'ordre anatomique, c'est à dire en suivant la série des nerfs qui ont été affectés.

§ I. — Nerf optique.

PREMIÈRE OBSERVATION. — Un homme, âgé de quarante ans, ayant été atteint de fièvre adynamique, depuis six mois ne voyait plus de l'œil gauche. Il meurt. — On trouve le nerf optique, dans la moitié de son étendue, tombé en suppuration, et réduit en une matière liquide d'un blanc sale ([3]).

Les inflammations du nerf optique, et principalement celles de sa papille, ont été, dans ces dernières années, l'objet d'études fort attentives, vivement éclairées par l'emploi de l'ophthalmoscope. Ce n'est point ici le lieu de s'occuper de cet ordre de recherches tout à fait spéciales et qu'il me suffit d'indiquer ([4]).

§ II. — Nerf trifacial.

Dans un cas de méningite cérébrale générale, j'ai vu le pus suivre la direction de la troisième branche de la cinquième paire; mais le nerf était lui-même sain (t. VII, p. 580). J'ai rapporté un autre fait dans lequel, avec l'inflammation de divers points de l'encéphale, et spécialement de la protubérance, coïncidait celle de la cinquième paire (méningo-encéphalo-myélite, obs. XCVI).

([1]) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, n° 9.
([2]) *Mémoires de la Société de Biologie*, 1863, p. 160.
([3]) Gallereux, *Journal général*, 1814, t. L, p. 380.
([4]) Galezowski (Thèses de Paris, 1865, n° 239), article *Névrite optique*, p. 69.

Dans sa Thèse sur la névralgie faciale, Reverdit parle un peu vaguement d'un nerf trijumeau qu'il a trouvé rouge et enflammé dans un demi-pouce d'étendue, chez un cuirassier atteint de névralgie sous-orbitaire. Cette observation est dépourvue des détails qui auraient pu la rendre fort intéressante (1).

Il est probable que dans les névralgies faciales liées à des caries dentaires, les ramuscules correspondants aux racines malades sont eux-mêmes enflammés dans une certaine étendue. Ce qui le prouve, c'est que l'extraction des dents ne produit pas toujours la cessation des douleurs, ainsi que je l'ai remarqué plusieurs fois. Mais si l'on peut aisément reconnaître l'état phlegmasique du nerf à son entrée dans la dent arrachée, on n'a guère l'occasion de le suivre plus haut, et on est obligé de s'en tenir à une probabilité.

L'inflammation du nerf trifacial peut être disséminée dans ses diverses branches, comme le prouve une remarque faite par Dupuytren et par Rousset sur un homme longtemps atteint du tic douloureux de la face. Le volume du nerf malade était de beaucoup supérieur à celui du côté opposé (2); il est probable que ce surcroît d'activité nutritive avait été le résultat d'une longue et opiniâtre irritation.

Mais l'inflammation peut être bornée à une ou deux branches du trifacial. Les observations suivantes en donneront des exemples.

IIe Obs. — Garçon chapelier, vingt-six ans; sœur sourde-muette. Depuis deux ans, attaques d'épilepsie, commençant par des convulsions du côté droit du corps; air hébété, conception lente, difficulté pour s'exprimer. Crâne volumineux; côté droit de la face plus développé que le gauche; la langue se meut avec peine; pas de lésion de la sensibilité ni de la motilité des membres; inflammation chronique de l'œil droit, plus tard exaspérée; opacité de la cornée. Dans les attaques convulsives, extension et flexion alternatives, puis rigidité, ensuite faiblesse des membres droits; insensibilité de l'œil, des paupières et de la narine du même côté, ainsi que de la moitié

(1) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, no 31, p. 50.
(2) Rousset, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1804, no 235, p. 12.

droite de la langue, constatée en plaçant du sulfate de quinine sur cet organe; sorte d'affection scorbutique bornée au côté droit de la bouche; surdité de l'oreille droite. La sensibilité est conservée dans le côté droit de la face et du cou. Affaiblissement général; état cachectique; mort. — Dure-mère en général épaissie, injectée, surtout à droite; adhérence de la tente au cervelet. Base du crâne plus étroite à droite qu'à gauche, spécialement à la fosse sphénoïdale; ganglion du trijumeau droit boursoufflé, d'un gris jaunâtre, infiltré de sérosité; à sa partie interne, d'où se détache le nerf ophthalmique, il est rouge, injecté; en arrière, les faisceaux nerveux internes sont d'un blanc plus mat que les externes; les faisceaux musculaires sont très sains; la troisième branche est boursoufflée et jaunâtre dans le crâne et pendant son trajet dans la fosse zigomatique, surtout à son côté interne, fournissant le nerf lingual, etc. Nerf optique droit moins volumineux que le gauche avant son entrée dans l'œil. Au lieu d'émergence du nerf trifacial, le mésocéphale présente une matière gélatineuse, jaune, dont on suit la traînée entre les faisceaux transverses du pont dans l'étendue d'environ deux lignes; au côté interne de cette matière sont deux petits faisceaux blancs, intacts, s'étendant jusqu'au bord supérieur du bulbe; c'était la continuation des faisceaux musculaires. Ramollissement et teinte un peu jaunâtre de l'hémisphère gauche; adhérence de la face inférieure du côté gauche du cerveau aux méninges et à la dure-mère; très léger ramollissement du corps strié et de la couche optique du même côté. Poumons tuberculeux ([1]).

IIIe Obs. — Femme veuve, quarante-deux ans. Il y a quatre ans, chute sur l'occiput; l'année suivante, suppression des règles. Depuis, éternuements convulsifs de plus en plus répétés, insomnie; rien d'apparent dans les narines. Pas de lésion de la sensibilité dans les parties animées par les première et deuxième branches de la cinquième paire, mais anesthésie prononcée dans celles qui du côté gauche reçoivent les divisions de la troisième branche de ce nerf; ainsi, la moitié gauche de la lèvre inférieure en dedans et en dehors, du menton, la conque, le pavillon de l'oreille et la tempe gauches, la moitié gauche de la langue, piqués avec une aiguille, restent insensibles; il n'y a de sensation ni de chaud ni de froid. La gustation est nulle dans les mêmes points de cet organe. La sensibilité est intacte dans tout le côté droit de la face, et la motilité est égale des deux côtés de la face et de la langue; pas d'altération des traits. Mastication, respiration, voix, parole, nutrition, circulation, calorification normales. Ainsi l'anesthésie paraît dépendre de la troisième

([1]) Serres, *Anatomie comparée du cerveau*. Paris, 1826, t. II, p. 67.

branche de la portion majeure du trijumeau gauche. — *Nécropsie* faite en présence de Müller, Henle, Schwann et Romberg. Exsudations gélatineuses blanches et opaques sur la surface du cerveau. A la face inférieure du lobe postérieur gauche, ramollissement de la substance cérébrale sans injection vasculaire. La troisième branche de la cinquième paire, à son entrée dans le trou ovale, est recouverte d'un tissu rougeâtre et vasculaire composé en partie de fibres, en partie de petites vésicules transparentes; ce tissu est une exsudation ou une concrétion formée sur le nerf, se continuant du côté du cerveau avec la dure-mère, du côté opposé avec le névrilème. Celui-ci est épaissi et rouge à son passage par le trou du sphénoïde, jusqu'au voisinage du ganglion otique. Là où le névrilème est altéré, le tissu du nerf lui-même est tuméfié, jaunâtre, et un peu plus dur qu'ailleurs. Cette altération est bornée à la portion de la troisième branche qui naît du renflement ganglionnaire, celle qui préside au mouvement étant sain [1].

IVe Obs. — Homme, cinquante-sept ans, stature moyenne, embonpoint, tronc courbé, tête volumineuse, face disgracieuse, avec acné périodique. Malade depuis dix-huit ans. Les dents de la mâchoire supérieure ont disparu. Névralgie du côté gauche de la face, et même en dehors des attaques la sensibilité y est vive; les pulsations artérielles y sont très manifestes, et les veines développées. Mouvements convulsifs de la paupière inférieure, de la joue, de la lèvre supérieure et de la langue. L'œil était aussi quelquefois très injecté, saillant et larmoyant; l'intérieur du nez très douloureux. Soif ardente, inappétence; les paroxysmes arrivaient tout à coup, suspendant la parole, la déglutition, etc. Cet individu poussait des espèces de rugissements. L'attaque tantôt se rapprochait, tantôt s'éloignait, indépendamment des températures. Santé d'ailleurs assez bonne; possibilité d'écrire, de calculer, de se promener; mais à la fin diminution des forces, vertiges, chute sur le côté gauche sans perte de connaissance; persistance de l'intelligence et du calme moral. Incontinence des urines, ensuite rétention. Absence des paroxysmes de névralgie pendant dix jours avant la mort. — Hypertrophie considérable des os du crâne et surtout de la table interne; surface interne de la dure-mère parsemée de taches rouges, surtout du côté gauche. Arachnoïde épaissie, et exsudation gélatineuse jaune-rougeâtre autour du cerveau, qui est comme atrophié et irrégulier. Artère vertébrale droite très petite, tandis que la gauche est dilatée en divers points; basilaire et carotide interne

[1] Romberg, *Muller archiv.*, 1838, p. 305. (Sydenham' Society) *Nervous diseases, translated*, t. I, p. 253. (*Gazette médicale*, 1838, p. 625.)

gauche également dilatées, épaissies et parsemées de points cartilagineux. Pont de Varole mou et déprimé du côté droit; la pie-mère est très vasculaire sur cet organe. Le trijumeau gauche a perdu la moitié de son volume ordinaire; il est un peu rouge et porte une tache d'un rouge foncé; il est réduit à un état de pulpe dépourvue de toute texture filamenteuse. Le droit, également mince et mou, présente encore assez distincts les filaments qui le forment. Aux racines du trifacial gauche, la substance cérébrale est rougie et ramollie, et contient un petit corps de forme lenticulaire dur, jaune, avec transparence grisâtre au milieu. Le pédoncule cérébelleux droit est normal, et la structure fibreuse du nerf plus distincte qu'à gauche. Moitié gauche du corps pituitaire convertie en une matière pultacée, presque liquide, d'un rouge brun, enveloppant l'artère carotide gauche anévrysmatique. Tous les ventricules sont pleins de sérosité (1).

§ III. — Nerf facial.

Ve Obs. — Homme, vingt-trois ans. A douze ans, otite gauche. Depuis, céphalalgies fréquentes, avec écoulement purulent par l'oreille; surdité de ce côté. Néanmoins, cet individu est reconnu apte au service militaire et envoyé dans un dépôt. Quelque temps après, froid excessif de tout le corps, décubitus sur le côté gauche, écoulement abondant par le conduit auditif; région mastoïdienne très douloureuse au toucher et tuméfiée; yeux égarés, pupilles larges, regard fixe. Réponses justes. La tuméfaction s'étend au côté gauche de la face, qui est paralysé. La bouche se dévie à droite. Par temps, cris aigus causés par la douleur qui part de l'intérieur de l'oreille, fièvre; mort au bout de quinze jours. — Méningo-cérébellite du lobe gauche, qui est noirâtre et renferme un abcès enkysté dans son centre; rocher carié dans plusieurs points; cellules mastoïdiennes détruites et remplacées par une sorte de bouillie noirâtre; pas d'osselets ni de membranes du tympan. Le nerf facial dans l'aqueduc de Fallope est tuméfié, rouge et ramolli. Sur un de ses points, dans ce trajet, il s'élève une espèce de fongus, long de quelques lignes, qui semble se confondre avec la substance nerveuse (2).

VIe Obs. — Militaire, quarante ans. Syphilis, inflammation, puis ulcération du voile du palais et de l'amygdale gauche. Douleurs vives dans l'oreille correspondante et dans tout le côté gauche de la face, augmentant le soir. Déglutition difficile, toux, difficulté de parler, voix très faible, teint pâle, jaunâtre; maigreur, constipation,

(1) Romberg, *A manual of the nervous diseases*, translated, t. I, p. 37.

(2) Gama, *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*. Paris, 1835, p. 234.

peu de fièvre, pas de paralysie; mort au bout de deux ans de maladie. — Cerveau sain. Lobe gauche du cervelet ramolli et rougeâtre près de son pédoncule; même état à un moindre degré dans le mésocéphale et le bulbe, près de l'insertion du nerf facial gauche. Le tronc de ce nerf est volumineux, son névrilème est épais; vers le trou auditif interne, sa substance est très ramollie, la traction la plus légère suffit pour le rompre. Dans le canal osseux, l'altération est la même; mais en dehors du crâne, depuis le trou stylo-mastoïdien, ce nerf est à l'état normal, ainsi que ses divisions et la cinquième paire (1).

§ IV. — Nerf pneumo-gastrique.

Les inflammations du pneumo-gastrique ne sont connues que par quelques exemples. Elles réclameraient de sérieuses recherches, car elles se lient à des maladies graves des organes thoraciques. Autenrieth l'a constaté pour la coqueluche; elles peuvent, à leur tour, simuler ces affections et rendre le diagnostic extrêmement obscur. Aussi les faits suivants sont-ils dignes d'une grande attention.

VIIe Obs. — Enfant de huit mois, devenu triste. Toux, enrouement, difficulté pour avaler, rejet des liquides par le nez; pouls fréquent, dyspnée. Le lendemain, augmentation des symptômes. Mort le troisième jour. — Crâne très vasculaire. Légère infiltration sous-arachnoïdienne. Une once de sérosité dans les ventricules. Vaisseaux de la pie-mère, sur les tubercules quadrijumeaux, sur les nerfs optiques et sur l'origine de la huitième paire, très injectés. Poumons et larynx sains. Dans les bronches, mucus épais. Glandes mésentériques engorgées (2).

VIIIe Obs. — Enfant de vingt mois, bien portant et de bon appétit, subitement éveillé le soir à dix heures, comme par une frayeur subite; il tousse vivement avec le son propre au croup. Respiration difficile, agitation, pouls 150, peau chaude. On donne un émétique, qui fait rendre un mucus épais mêlé d'un peu de bile et quelques aliments non digérés (navets et carottes). Langue blanche, sèche. (Calomel.) Sommeil. (Vésicatoire sur le larynx.) Deuxième jour, mieux, mais spasmes convulsifs; dans la soirée, chaleur, soif, dyspnée, pouls plus fréquent, face rouge; néanmoins, sommeil. Troisième jour, même exacerbation après midi, soif vive, pouls 200,

(1) Gama, *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*. Paris, 1835, p. 237.
(2) Alex. Monro, *The morbid anatomy of the brain*. Edinb., 1827, p. 78.

respiration comme celle d'un asthmatique, gencives gonflées et enflammées, sensibilité générale conservée; mais malaise, chaleur, soif, souffrance quand la tête est basse, face altérée, peau pâle, tachetée de rouge; lèvres pâles et plombées; position horizontale pénible, respiration très laborieuse et fréquente, tressaillements répétés avec contraction spasmodique des doigts; soif vive, yeux portés en haut et en dehors, pupilles très dilatées, insensibles; pieds froids. Mort le quatrième jour. — Viscères abdominaux dans l'état normal, ainsi que ceux du thorax. Larynx et voies aériennes en bon état; pas d'apparence de croup; rien dans la cavité gutturale. Cerveau volumineux, ferme, sain. Veines se rendant aux sinus pleines de sang. Hémisphères et surtout lobes postérieurs couverts d'une effusion gélatineuse transparente. Dans les ventricules, une once de sérosité incolore. Beaucoup de sérosité autour de la protubérance et de la moelle allongée. Veines de ces organes très gonflées de sang. Tous les nerfs, à leur origine, sains, excepté ceux de la cinquième et de la huitième paires, qui sont rouges et couverts de de vaisseaux injectés. Beaucoup de sérosité dans le canal rachidien. Vaisseaux de la moelle très pleins. Huitième paire uniformément rouge foncé sur tout son trajet et aussi loin que ses branches peuvent être suivies dans les poumons (1).

IXe Obs. — Homme, soixante-deux ans, goutte depuis l'âge de dix-sept ans. Pendant les sept dernières années, mauvaises digestions, cependant appétit; à la fin gastralgie. Dyspnée, respiration bruyante, sifflante; pas de douleur dans la poitrine, pas de sensation de plénitude après les repas, pas de symptômes d'hydrothorax; amaigrissement, pouls naturel, fort. Le sang d'une saignée est très épais et couenneux. Toux fatigante; le galvanisme essayé ne donne qu'un soulagement momentané; œdème des membres inférieurs avec taches livides. Mort. — Viscères abdominaux sains; seulement lacis veineux très abondant autour de l'estomac. Cœur à l'état normal, mais entouré de beaucoup de graisse. Ossification dans l'artère pulmonaire et à l'embouchure de l'aorte. Sérosité abondante dans les deux plèvres. Poumons affaissés, mais sains. Les deux nerfs vagues sont ramollis et plus petits qu'à l'ordinaire. Ils semblent retirés d'un corps en putréfaction après avoir macéré dans de l'eau. Les branches distribuées aux poumons n'offrent rien d'anormal; mais les troncs, parvenus à l'extrémité inférieure de l'œsophage, sont rouges, épais et altérés. Le nerf gauche est plus petit que le droit (2).

(1) Alex. Monro, *The morbid anat. of the brain*, p. 70.

(2) Swan, *Diseases and injuries of the nerves*. London, 1834, 2d edit., p. 170.

§ V. — Nerfs spinaux.

X° Obs. — Femme, soixante-dix-huit ans, cancer ulceré du sein droit opéré. Deux mois après, douleurs dans l'épaule, le cou, la nuque du côté droit, augmentées par la pression. Plus tard, zona du côté droit du cou, de la face et de l'épaule; fièvre, épanchement pleural. Mort cinq mois après l'opération. — Nombreux noyaux cancéreux dans la cicatrice et ses environs. Plèvres couvertes de tubercules cancéreux. Ganglions axillaires droits également altérés. Foie parsemé de masses cancéreuses. Corps des vertèbres atteints, surtout dans la région cervicale. La colonne y paraît tuméfiée, molle, flexible, incurvée du côté droit. Les vertèbres sont réduites à la consistance cartilagineuse; la quatrième a son corps affaissé, ne conservant surtout à droite qu'une mince lamelle de tissu osseux ramolli. Moelle normale. Racines des nerfs spinaux également intactes; mais les ganglions spinaux droits, ainsi que les troncs nerveux formés par la réunion des racines spinales, présentent une légère tuméfaction et une injection vasculaire marquée par une coloration d'un rouge vif; en dehors des trous de conjugaison, la coloration rouge des troncs nerveux s'efface peu à peu. L'examen microscopique a montré, dans les ganglions, les cellules nerveuses exemptes d'altérations; elles contenaient beaucoup de granulations pigmentaires très foncées, semblables à celles du côté sain. Leur réseau vasculaire est très injecté, et l'addition de l'acide acétique fait apparaître, dans la trame lamineuse, des noyaux plus nombreux qu'à l'état normal. Dans les troncs nerveux, le névrilème présente également une injection prononcée des vaisseaux capillaires, et sous l'influence de l'acide acétique apparaissent des noyaux très nombreux. Les tubes nerveux avaient conservé les caractères de l'état physiologique (1).

§ VI. — Nerfs brachiaux.

XI° Obs. — Jeune idiot, atteint, dès son enfance, de douleurs vives dans le cou et le bras droit, avec difficulté des mouvements.— Sérosité limpide dans les ventricules latéraux, avec granulations sur les parois. Cerveau dur, élastique. Rameau inférieur de la deuxième paire, branches postérieures des cinquième et septième paires cervicales et nerf cubital gonflés, rouges, ramollis, faciles à couper avec l'ongle, extrêmement injectés et comme ecchymosés (2).

(1) Tripier, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1866, n° 327, p. 86.

(2) Van de Keer, *Journal universel*, 1822, t. XXV, p. 68.

XII[e] Obs. — Étudiant en médecine. Douleurs dans la région cervicale, devenant intenses, et s'étendant dans la direction du plexus brachial et de ses branches. Peau du membre supérieur très douloureuse; cordons durs, noueux, dessinant le trajet des nerfs superficiels; douleur vivement augmentée par la pression la plus légère. Fièvre forte, soif, inappétence. (Traitement antiphlogistique énergique.) Sang recouvert d'une couenne très épaisse et très consistante. Rate volumineuse. Accès fébriles quotidiens. (Sulfate de quinine.) Durée de la maladie, quarante jours. Guérison (1).

XIII[e] Obs. — Femme, vingt-neuf ans, brune, maigre, d'un tempérament nerveux, ayant eu des fièvres intermittentes et une ascite. (Sulfate de quinine et quatre ponctions.) Santé rétablie. Refroidissement; sorte de torticolis. Mai, nouvelle impression du froid; extension, en vingt-quatre heures, de la douleur du cou au bras et à l'avant-bras droits. Épaule abaissée; douleur étendue de l'apophyse mastoïde au niveau du plexus brachial, puis le long du bras, au côté du biceps, au pli du coude, à la partie antérieure de l'avant-bras, enfin au pouce et à l'index; mais à ces doigts, c'est moins de la douleur que de l'engourdissement. Les douleurs sont continues avec exacerbations la nuit; pas de tumeur, pas de dureté sur le trajet du nerf. Pouls 90, fort; peau chaude. Sang de la saignée couvert d'une couenne épaisse. (Cataplasmes, vésicatoires locaux, bains de vapeur, applications anesthésiques, opium.) Il y a eu aussi un peu de douleur sur le trajet du nerf cubital; mouvements de l'avant-bras gênés, mais irritabilité par excitation électrique intacte (Duchenne de Boulogne). Guérison en juin (2).

XIV[e] Obs. — Femme, trente-deux ans, lymphatique. Fin de décembre, douleurs à la face interne et antérieure de chaque bras, surtout du droit. Fièvre accusée par des frissons, du malaise, de l'inappétence, la chaleur de la peau. Après deux saignées et l'application locale des sangsues, cessation des phénomènes généraux, persistance de la douleur, qui est gravative dans les deux bras; le droit est le plus sensible, les mouvements y sont plus douloureux; les douleurs partent du creux axillaire, suivent le long de la face interne du bras, des régions antérieure et cubitale de l'avant-bras, et se transforment aux doigts en une sensation d'engourdissement; elles sont augmentées par une pression sur le trajet que suivent les nerfs médian et cubital; à droite, la pression sur le creux sus-claviculaire provoque une exacerbation, et on sent, du creux de l'aisselle au poignet, un cordon dur, un peu moins gros que le doigt auricu-

(1) Verdoreau, *thèse*, p. 11.

(2) Aran, *Union médicale*, 1851, p. 317.

laire, suivant exactement le trajet du nerf médian. Pas de changement de couleur à la peau; pas d'adhérence sous-cutanée. Main engourdie, flexion des doigts difficile et incomplète. Au bras gauche, pas de cordon distinct, pas de douleur continue dans le repos; elle se réveille parfois; elle est excitée par la pression dans le creux de l'aisselle et sur la face interne du bras. (Vésicatoires sur les points douloureux, pansés avec l'hydrochlorate de morphine; frictions mercurielles opiacées.) 3 février, pas de douleur, même à la pression, mais engourdissement dans le bras droit; cordon formé par le nerf médian réduit à son volume ordinaire; la pression y est peu sensible. Guérison dans les premiers jours de février (1).

XVe Obs. — Homme, quarante-neuf ans; suppression d'anciennes hémorrhoïdes; habitation dans un lieu humide. Juin, douleur vive et déchirante depuis l'épaule jusqu'aux trois premiers doigts, avec sentiment de formication; paroxysme le soir et la nuit. Sur le trajet du nerf radial, tension, tumeur sans rougeur; par la pression, la douleur est propagée aux doigts affectés; mouvements du membre impossibles. Face rouge, air de souffrance, pouls fort, fréquent; peau chaude. (Sangsues, cataplasmes.) Guérison le troisième septénaire (2).

XVIe Obs. — Homme. Au printemps, douleur très violente au bras gauche suivant le trajet du nerf cubital, insomnie; ce nerf a le volume du petit doigt, et simule un cordon tendu le long du bras. L'immersion du bras dans l'eau chaude calme la douleur. Durée de la maladie, quatre mois (3).

§ VII. — Nerfs intercostaux.

On a répété, sur le témoignage de Chaussier (4), que Siebold avait trouvé dans la névralgie des parois thoraciques un nerf intercostal rouge et amaigri. C'était chez une jeune fille dont les menstrues étaient supprimées.

Valleix a vu dans le troisième espace intercostal le nerf couvert d'une couche épaisse de pseudo-membrane ancienne, mais ce nerf lui-même ne présentait aucune espèce d'altération (5).

(1) Verdureau, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, n° 9, p. 9.

(2) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 335, 3e obs.

(3) *Idem, ibidem*, p. 331.

(4) *Table synoptique des névralgies.*

(5) *De la névralgie dorsale ou intercostale.* (*Archives*, 1840, 3e série, t. VII, p. 327.)

Bassereau a trouvé dans les coïncidences de névralgie intercostale et de pleurésie chronique, le tissu cellulaire sous-pleural épaissi, et enveloppant les nerfs intercostaux, ainsi que les ganglions thoraciques du grand sympathique; mais ces nerfs eux-mêmes n'étaient pas altérés (1).

Les recherches de Beau ont eu des résultats plus positifs. Il a trouvé un nerf intercostal injecté et volumineux dans un cas de pleurésie, où il supposait que l'inflammation s'était étendue de la plèvre au nerf voisin. Il a rencontré des nerfs intercostaux enflammés chez des phthisiques qui avaient eu de vives douleurs dans le côté, augmentées par la pression (2).

M. Courtin a encore vu les nerfs intercostaux augmentés de volume chez un phthisique qui avait eu de fortes douleurs dans le côté peu de temps avant sa mort (3).

Ces névrites ne sont que des coïncidences, des états morbides accidentels; aussi ne comportent-ils pas une description spéciale. Il est probable que dans les névralgies intercostales si opiniâtres, les nerfs sont plus ou moins enflammés; mais, ainsi qu'on l'a vu, les recherches anatomiques ne l'ont pas prouvé. Certaines pleurodynies dépendent peut-être de la lésion de quelques branches intercostales; mais il n'y a rien de précis à cet égard. La névrite intercostale n'a donc, en somme, qu'une faible importance.

§ VIII. — Nerfs du plexus lombo-sacré.

Les plexus lombaire et sacré fournissent les nerfs les plus volumineux de l'économie, et en même temps les plus sujets à la névrite. C'est donc sur ces nerfs que l'étude de cette maladie a été la plus fréquente, comme aussi la plus fructueuse. Voici les principaux faits :

XVII[e] Obs. — Garçon, douze ans, lymphatico-sanguin, phthisique. En décembre, élancements dans la cuisse gauche, du grand trokanter

(1) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 110, p. 54.

(2) *Archives*, 4° série, t. XIII, p. 161, et *Union médicale*, 1849, p. 345.

(3) *Bulletin de la Société anatomique*, 1847, p. 268.

au jarret. 5 janvier, engourdissement et impossibilité de mouvoir le membre, paroxysmes le soir, élancements plus rares le jour. Mort le 18, par les progrès de la maladie. — Poumons tuberculeux. Nerf sciatique gauche non augmenté de volume, mais baigné, dans son tiers supérieur, par un pus sanieux, qui l'a séparé des muscles voisins. Pus séreux entre les filets. Traces d'injection sanguine et points rouges dans le tissu du nerf [1].

XVIII[e] Obs. — Homme, vingt ans, grand et fort, sujet à l'hémoptysie par suite de tuberculisation pulmonaire. Douleur à la partie supérieure de la cuisse droite, d'abord peu intense, puis excessive; marche et sommeil impossibles. Située dans l'espace intermédiaire à la tubérosité sciatique et au grand trokanter, cette douleur s'étend jusqu'au milieu de la cuisse; elle est continue avec exacerbations, jamais d'intermittences; elle est augmentée par la pression sur le lieu affecté, et par la marche. La cuisse présente, au bout de quelques mois, un amaigrissement notable. Progrès de la phthisie, phénomènes cérébraux. Mort. — Indices de congestion cérébrale et d'inflammation des méninges. Tubercules pulmonaires. Inflammation du grand nerf sciatique, démontrée par les altérations suivantes : à sa sortie du bassin, rougeur et gonflement très prononcés dans l'étendue de deux travers de doigts; un pouce plus bas, le gonflement est plus marqué, la coloration rouge est violacée, les capillaires sont très injectés. La rougeur et l'injection sont aussi apparentes dans le centre du nerf qu'à sa surface. Altérations analogues du petit nerf sciatique dans l'étendue d'un pouce [2].

XIX[e] Obs. — Conscrit réfractaire poursuivi, de force athlétique. Fatigue extrême, sueur, agitation, délire; douleur atroce à la partie postérieure des cuisses, mouvements des jambes très pénibles. Pneumonie; mort le huitième jour. — Poumons hépatisés. Muscles des cuisses dans l'état naturel. Nerfs sciatiques volumineux (de la grosseur de l'index), durs, résistants, rougeâtres; leurs filets sont très distincts à l'œil nu, séparés par un liquide séro-sanguinolent infiltré dans les lames celluleuses qui les unissent, pénétrés par une multitude de vaisseaux sanguins. Le sciatique droit est plus affecté que le gauche [3].

XX[e] Obs. — Charretier, trente-huit ans; forte douleur du genou droit, engourdissement du pied, élancements sur le trajet du nerf sciatique et sur celui du saphène externe. Pneumonie; les dou-

[1] Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 344, 8[e] obs.
[2] Mélier, *Journal général*, 1829, 3[e] série, t. XI, p. 157.
[3] Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. II, p 340, 5[e] obs.

leurs deviennent intolérables; pied et jambe gonflés, ne conservant pas l'impression du doigt. Mort vers le dix-huitième jour. — Le nerf sciatique droit, depuis le quart inférieur de la cuisse, le nerf tibial, jusque sous les jumeaux, et le nerf saphène externe, sont rouges, tuméfiés, infiltrés de sérosité. Ce dernier nerf, à son origine, est double de son volume ordinaire, d'un rouge ponceau, d'une texture dense; les fibres nerveuses se rompent au-dessus et au-dessous, elles semblent confondues dans un cordon spongieux, infiltré de sang. Du pus est infiltré dans le tissu cellulaire, friable et condensé, qui enveloppe le nerf saphène, enflammé dans l'intervalle des jumeaux. Le pus ne pénètre pas dans l'épaisseur du nerf. Filets du nerf sciatique et du nerf tibial écartés les uns des autres et comme disséqués par la sérosité infiltrée dans leurs interstices ([1]).

XXI[e] Obs. — Chapelier, très longue marche à pied, douleur violente des lombes et sur le trajet du nerf sciatique. Engourdissement avec douleur formicante et difficulté de mouvoir le membre inférieur droit; ventre douloureux à la pression dans la région iliaque droite; diarrhée, fièvre; langue rouge, fendillée et couverte d'aphthes, ainsi que la muqueuse buccale; immobilité du membre affecté et légère infiltration du pied et du genou. Mort le quinzième jour. — Lésions graves des voies digestives et du poumon droit. Nerf sciatique droit, depuis le bassin jusqu'au jarret, augmenté de volume et infiltré de sérosité, rouge, ainsi que le plexus sacré, abondamment fourni de vaisseaux très injectés. Ces altérations sont très prononcées à un pouce au-dessous de l'échancrure sciatique. Une incision transversale fait distinguer l'extrémité blanche des filets médullaires sur un fond rouge très infiltré ([2]).

XXII[e] Obs. — Homme, quarante-sept ans, congestions cérébrales, anciennes douleurs de sciatique réveillées par un refroidissement. Douleur localisée dans la cuisse gauche, qui empêche le mouvement; elle est continue, s'exaspère et devient déchirante par la moindre pression sur le trajet du nerf sciatique; pas de paroxysme. Fièvre augmentant chaque jour, coma. Mort le neuvième jour. — Épanchement sanguin dans les ventricules cérébraux. Nerf sciatique gauche plus volumineux que le droit; il est de couleur rosée, depuis le bassin jusqu'au jarret; son tissu n'est pas altéré. A la partie supérieure de la cuisse, il est épais, d'un rouge violacé. L'intérieur est également rouge; un sang fluide sépare les filets. Ce point a perdu de sa densité. Il peut être déchiré assez facilement ([3]).

([1]) Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*. Paris, 1826, t. II, p. 146.

([2]) *Idem, ibidem*, t. II, p. 143.

([3]) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 342, 6[e] obs.

au jarret. 5 janvier, engourdissemen' 'ars, obligé, étar'
membre, paroxysmes le soir, élanc 'ante avec '
le 18, par les progrès de la malad la pl'
sciatique gauche non augmenté
tiers supérieur, par un pus
voisins. Pus séreux entre les rrhe
points rouges dans le tissu eur iskiat

XVIII° Obs. — Homme, régulièrement s
tysie par suite de tuber et mort quatre mois a
supérieure de la cuisse tion au sacrum. Œdème des
marche et sommeil ir mbe. Le nerf sciatique, entouré de
à la tubérosité sciati oré qu'à l'ordinaire, depuis le bassin
jusqu'au milieu de plénitude des vaisseaux qui rampent dans
jamais d'intermit par une teinte particulière des tissus voisins;
affecté, et par l es. Ces gaînes sont épaisses. Le nerf lui-même
mois, un amaig de la tête du péroné au pied, il est plus blanc et
cérébraux. M ide, plus abondant vers la partie inférieure, de manière
des méning re l'enveloppe du nerf (1).
sciatique,
bassin, Obs. — Homme, cinquante-six ans, carie de l'articulation
deux t fémorale gauche. 20 avril, douleur très vive dans la cuisse,
marqr l'échancrure ischiatique, s'étendant le long du bord péronier
inje de la jambe jusqu'à la malléole, augmentée par la pression et par le
cer mouvement. Mort au milieu de mai. — Muscles voisins de l'articu-
s lation d'un brun ardoisé et répandant une odeur infecte. Articulation désorganisée. Tête du fémur détruite presque complètement. Surfaces osseuses cariées et baignées par un pus sanieux et infect. Nerf sciatique, à la sortie de l'échancrure, d'une couleur brunâtre, et, plus bas, rouge à l'extérieur et à l'intérieur. Sa densité est considérablement diminuée; il exhale une odeur semblable à celle des muscles et de l'articulation. Son volume n'est pas augmenté (2).

XXV° Obs. — Homme, cinquante-six ans, luxation consécutive du fémur gauche; douleur sciatique subite, le 20 avril. Mort le 16 mai. — Muscles voisins de l'articulation coxo-fémorale d'un brun ardoisé, et très altérés; lésion grave de l'articulation. Nerf sciatique malade dans l'étendue de trois pouces et demi, de couleur brune à sa sortie du bassin, et rougeâtre plus inférieurement, rouge à l'intérieur; densité diminuée (3).

XXVI° Obs. — Homme, soixante-huit ans. En janvier, affection

(1) Cotunni, *De ischiade nervosa commentarius*. Viennæ, 1770, § XXXV, p. 62.
(2) Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*. Paris, 1826, t. II, p. 185.
(3) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 348, 10e obs.

et inflammation ... iantes. Il en est surtout 2 qui
...ique gauche ... leur véritable caractère pour
...nquièm ... des autres faits :
...o
... ans, tempérament sanguin;
...en ... ième jour, frisson, fièvre,
... douleur vive étendue de
...omme, s... la cuisse. Lochies peu
...um, au périnée, ... haire. Treizième, dou-
... le froid et par des ... urs. Vingt-huitième,
...uisse gauche très douloureu... persistant jusqu'au
...équent; malaise général, céphala...
...ur se propage aux lombes et aux jambe...
...ssement, engourdissement des membres, inter... e, grossesse; à
abattement moral, agonie, mort. — Névrilème du ... sans frisson,
parsemé de plaques rondes, ovales, assez régulières, ... he, infiltra-
une forte injection vasculaire; pulpe nerveuse d'un gris ... Guérison.
élasticité; rougeur foncée de la branche inférieure du ... ntembre.
scrotal ([2]). ... région
... toute
XXVIIIe Obs. — Paraplégique, atteint de fièvre quotidienne, ... état
rétention d'urines, douleurs déchirantes et fourmillements insupportables dans les jambes et les cuisses, se renouvelant de quinze en quinze jours, moins fortes la nuit que le jour; amélioration par des vésicatoires aux cuisses et sur la tête de chaque péroné. Excès de vin blanc. Mort d'une attaque d'apoplexie. — Cordon rachidien atrophié vis à vis l'articulation dorso-lombaire; nerfs sciatiques fendus longitudinalement, montrant, ainsi que leurs rameaux, la pulpe nerveuse configurée en chapelet. Ces grains durs, résistants, fibro-celluleux, sont séparés par une pulpe mollasse, déliquescente, d'un gris tirant sur le rouge sale; le névrilème est enlevé sans peine; il est épaissi, rouge en dedans, blanc et opaque en dehors. Le nerf crural ou fémoro-prétibial offre çà et là quelques renflements peu marqués, remplis d'une sérosité comme gélatineuse, et des plaques ovalaires, rosées ou d'un rouge obscur; muscles voisins pâles ([3]).

XXIXe Obs. — Homme, quarante-quatre ans, exposition au froid, le corps en sueur; douleur dans le nerf crural droit, augmentant par le froid, par le mouvement, diminuant par la chaleur, par le repos. La pression sur ce nerf y détermine une douleur déchirante, et produit un engourdissement dans la partie inférieure de la cuisse.

([1]) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 343, 7e obs.
([2]) Van de Keer, *Journal universel*, 1822, t. XXV, p. 66.
([3]) *Idem, ibidem*, t. XXV, p. 69.

Chaleur du membre affecté; fièvre avec redoublement le soir, péritonite et mort. — Le nerf crural, à sa sortie de l'abdomen, dans l'étendue d'un pouce et demi, offre une augmentation de volume, une couleur violacée et des petites ecchymoses. Tissu cellulaire interstitiel rouge et très vasculaire. État normal du plexus lombaire (1).

XXXe Obs. — Berger, soixante-douze ans. Maigreur, scorbut, douleurs vives, multipliées, depuis l'âge de vingt-huit ans. — Deuxième, troisième et cinquième paires lombaires, nerf musculo-cutané de la jambe, coupés en travers, montrant des renflements molasses et pultacés imbibés de sérosité sanguinolente. Le névrilème se laissait déchirer; il y avait des points rougeâtres et des réseaux vasculaires très injectés (2).

XXXIe Obs. — Béclard, étant interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, habitait un appartement situé à plusieurs pieds au-dessous du sol de la cour, et couchait dans une alcôve creusée dans l'épaisseur du mur de l'hôpital. Il eut, au bout de quelques mois, un accès d'arthrite au gros orteil, et, peu de temps après, il se développa sous la peau qui recouvre la veine et le nerf saphène interne à la jambe une tumeur dure, grosse comme un grain de blé, et qui, toutes les fois qu'elle était touchée, occasionnait une douleur propagée comme un choc électrique sur le pied, dans la direction des ramifications du nerf. Guérison, après quelques mois, par le changement d'appartement (3).

XXXIIe Obs. — Femme, quarante-trois ans, scrofuleuse. Depuis deux ans, large ulcère fongueux à la partie inférieure et externe de la jambe gauche. Douleurs violentes aux malléoles et au sommet du pied, insomnie, inappétence, fréquence du pouls, pâleur, maigreur; amputation, guérison. Nerfs de la partie inférieure de la jambe, surtout la branche poplitée externe, élargis et désorganisés. Le tibial antérieur et le péronier étaient recouverts par une forte membrane vasculaire, dont on pouvait les séparer (4).

Dugès a considéré comme le résultat de névrites les douleurs survenues dans le bassin et sur le trajet des nerfs pelvi-cruraux chez des femmes nouvellement accouchées. Il en a établi plusieurs variétés, et présenté 7 observations,

(1) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 346, 9e obs.

(2) Van de Keer, *Journal universel*, 1822, t. XXV, p. 68.

(3) Descot, *Affections locales des nerfs*. Paris, 1825, p. 211.

(4) Swan, *On diseases of injuries of the nerves*. London, 1834, p. 73.

qui toutes ne sont pas concluantes. Il en est surtout 2 qui laissent trop d'incertitude sur leur véritable caractère pour être utilisées. Voici le sommaire des autres faits :

XXXIIIe Obs. — Femme, vingt-deux ans, tempérament sanguin; accouchement naturel le 11 mars. Troisième jour, frisson, fièvre, douleur abdominale. Cinquième jour, toux, douleur vive étendue de la fesse droite à la partie postérieure de la cuisse. Lochies peu abondantes, diarrhée. Onzième, douleur lombaire. Treizième, douleurs rhumatismales dans les membres supérieurs. Vingt-huitième, douleur concentrée sur le nerf sciatique droit et persistant jusqu'au cinquante-sixième [1].

XXXIVe Obs. — Femme, vingt-deux ans, chlorose, grossesse; à six mois, chute, avortement. Le lendemain, fièvre sans frisson, douleur abdominale et sur le trajet du nerf crural gauche, infiltration de la cuisse et de la jambe avec aspect érysipélateux. Guérison. Douze ans après, accouchement de deux jumeaux, le 4 septembre. Quatrième jour, sécrétion du lait et douleur vive dans la région sciatique droite; fièvre intense, douleur le long du nerf dans toute l'étendue de la partie postérieure de la cuisse, aggravation de l'état général. Mort le quatorzième jour. Pas de nécropsie [2].

XXXVe Obs. — Femme, vingt-trois ans, lymphatique, faible; accouchement naturel le 5 juillet, fièvre, diarrhée. Troisième jour, sécrétion du lait. Septième, frissons, insomnie, diarrhée. Huitième, douleur sur le trajet du nerf sciatique gauche, infiltration œdémateuse des deux membres abdominaux, surtout du gauche. Dixième jour, douleur très vive, puis diminuée, et cessant le dix-septième [3].

XXXVIe Obs. — Femme, trente-cinq ans, lymphatique, rachitique. Huitième grossesse. 3 janvier, version du fœtus, hémorrhagie, frisson, fièvre, douleurs à l'épigastre, dans les lombes et à la région iliaque droite, s'étendant vers la partie antérieure de la cuisse; immobilité du membre, lochies abondantes; la douleur cesse vers le seizième jour. Quatre jours après, frisson, fièvre, retour des douleurs abdominales et iliaques. Guérison au bout de quinze jours [4].

XXXVIIe Obs. — Femme, quarante-un ans, assez forte, mère de neuf enfants, enceinte de sept mois et demi, prise, le 16 décembre,

[1] Dugès, *Revue médicale*, 1824, t. III, p. 171.
[2] *Idem, ibidem*, p. 174.
[3] *Idem, ibidem*, p. 170.
[4] *Idem, ibidem*, p. 168.

de frisson, fièvre et métrorrhagie. Version du fœtus, perte de sang très abondante, fièvre intense et douleurs intolérables dans la fesse gauche vers l'origine du nerf sciatique; il s'y forme une tumeur livide et pâteuse; pouls très fréquent, prostration, pâleur. Mort le 24 décembre. — Progrès rapides de la putréfaction, indices d'altération du sang; muscles fessiers en putrilage, ainsi que le tissu cellulaire qui entoure le nerf sciatique; une sérosité rougeâtre infiltre le tissu cellulaire qui sépare les filets de cé nerf (1).

Ainsi qu'il est facile d'en juger, ces faits ne sont pas décisifs. Le dernier est donné comme exemple de névrite gangréneuse; mais la phlegmasie du nerf sciatique n'est pas rigoureusement démontrée, et la gangrène ne paraît pas avoir été l'effet de la névrite. La lésion du nerf était plutôt consécutive. Néanmoins, les idées de Dugès ont rencontré des partisans, et M. Simpson assure avoir observé des névrites puerpérales, distinctes de la phlébite et de la phlegmatia alba dolens (2).

Le fait suivant est encore un exemple de névrite liée aux suites de la parturition. Il offre un intérêt particulier résultant de l'examen microscopique du nerf malade.

XXXVIII[e] Obs. — Femme, trente-trois ans, brune, tempérament bilioso-nerveux; menstruée à treize ans. Règles supprimées à dix-huit ans. Elle a eu sept enfants; deux sont vivants; elle a nourri l'avant-dernier; le dernier est né le 1[er] janvier 1863. Pendant la grossesse, métrorrhagies peu abondantes, mais persistantes. Au neuvième mois, douleurs intolérables dans le ventre et les jambes; travail de la parturition prolongé pendant quatre jours; délivrance suivie d'hémorrhagie abondante; un lavement est rendu par le vagin. Douleurs dans la cuisse, la fesse, l'aine et la région iliaque du côté gauche, avec élancements, qui redoublent le soir et la nuit, s'étendant jusqu'au pied et avec sensation de froid dans tout le membre, qui n'est ni tuméfié ni œdémateux; sensibilité intacte; motilité presque entièrement abolie, excepté aux orteils; ganglions inguinaux tuméfiés des deux côtés. Décubitus sur le côté droit, impossibilité de se lever et de s'asseoir; aspect cachectique de la face, yeux enfoncés, paupières brunes, maigreur, inappétence, pas de fièvre. Tumeur dans la fosse iliaque gauche, perforation recto-

(1) Dugès, *Revue médicale*, 1824, t. III, p. 177.
(2) *Monthly Journ. of med. Sciences*, 1847, september. (*Americ. Journ.*, 1848, p. 278.)

vaginale; engourdissement, fourmillement dans le pied; quelquefois, sensation de brûlure dans le membre. Néanmoins, le thermomètre donne 33° $^1/_{10}$ entre les orteils gauches, 33° $^1/_5$ à droite; température du rectum, 37° $^2/_5$. A la fin, œdème du membre gauche, veines de la paroi abdominale grosses et sinueuses à gauche. Mort le 30 juillet 1863. — Dans la fosse iliaque gauche, large abcès ouvert dans le vagin. Surface interne du foyer formée par un détritus pulpeux, de couleur noirâtre, comme gangréneuse. Au milieu de cet abcès se trouvent les faisceaux du nerf crural, lequel est, en cet endroit, gros, rouge, vascularisé à sa surface, et altéré dans sa texture. Les interstices de tissu cellulaire qui séparent les faisceaux primitifs sont épais, contiennent un très riche réseau de corpuscules de tissu conjonctif, presque noirs, remplis de granulations graisseuses fines. Le tissu nerveux lui-même offre aussi des corpuscules noirs. Dans les tubes où la dégénérescence granuleuse est très avancée, on ne peut pas distinguer le cylindre d'axe; mais la plus grande partie des tubes nerveux sont sains. A la partie inférieure du nerf, le tissu cellulaire est sain; mais les tubes nerveux sont altérés (1).

§ IX. — Nerfs de plusieurs régions.

La névrite peut affecter des nerfs situés en des régions diverses, ce qui prouverait que sa cause doit quelquefois être générale.

XXXIXe Obs. — Élève en médecine, vingt-six ans, forte constitution. En novembre, vive douleur le long de la partie postérieure de la cuisse, suivant le trajet du sciatique, très forte à la région poplitée, augmentée par la pression, accompagnée de fièvre. Elle diminue et disparait au bout de dix jours. Six semaines après, refroidissement, douleurs dans le bras droit, suivant le trajet du nerf cubital jusqu'à la partie supérieure de l'avant-bras; très vives en janvier, continues; mouvements difficiles et augmentant la douleur. En mars, refroidissement subit pendant que le corps est baigné de sueur. Le lendemain, douleur atroce de l'articulation cubito-humérale de chaque côté du biceps, gravative, continue; mouvements douloureux, membre maintenu dans la demi-flexion; cordon dur, de la grosseur du petit doigt, s'étendant du pli du coude à la partie interne et supérieure du bras. C'est évidemment le nerf médian tuméfié. La moindre pression retentit jusque dans les doigts. Le nerf musculo-cutané forme aussi un petit cordon dur et douloureux

(1) Cornil, *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1863, p. 160.

dans l'étendue de 5 à 6 centimètres. Pas de rougeur à la peau, tuméfaction parfaitement limitée, fièvre, pouls 88. (Sangsues, cataplasmes, boissons délayantes, repos, régime sévère, eau de sedlitz, onguent napolitain, etc.) Amélioration. Guérison au bout d'une quinzaine de jours (1).

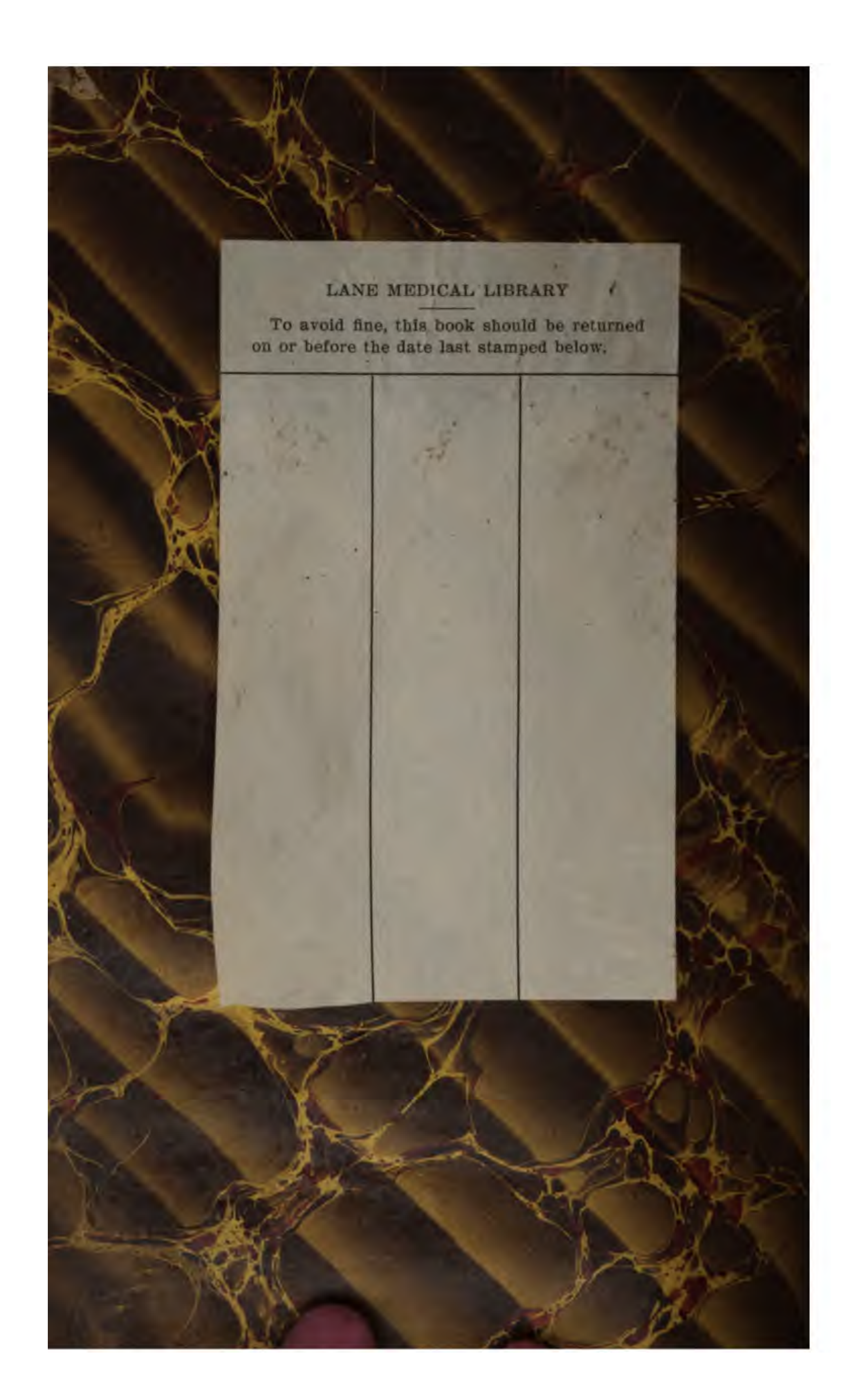
Dans le procès-verbal d'une séance publique tenue, en 1812, par la Société libre d'émulation de Liége, on lit ce qui suit :

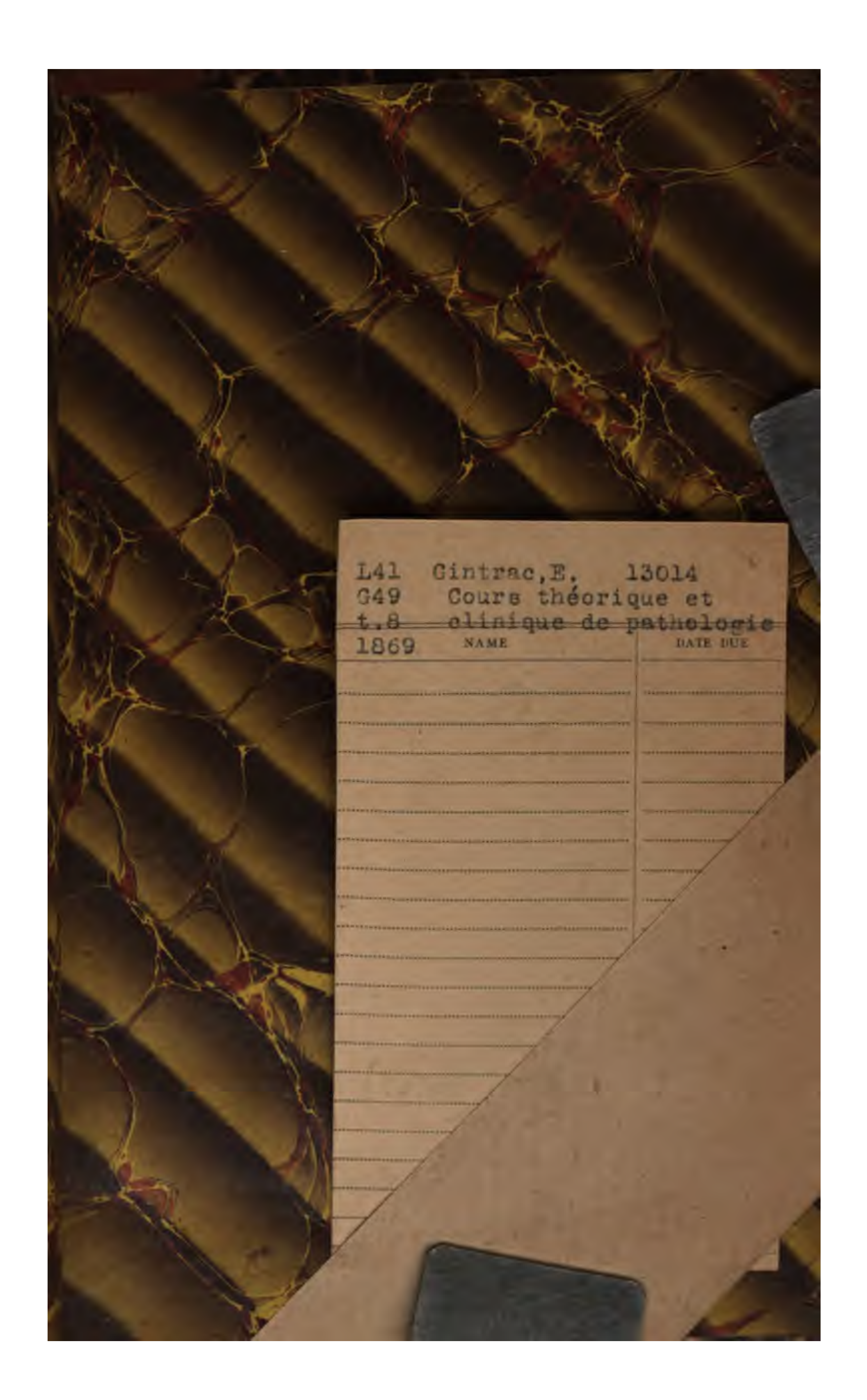
XLe Obs. — Chez une demoiselle, âgée de quarante-trois ans, morte d'une paralysie qui avait été précédée de douleurs dans les membres, M. Germain trouva que le nerf médian gauche offrait, à sa séparation du plexus brachial, une couleur rouge foncée, de deux pouces de longueur, qui pénétrait jusque dans sa substance. La même disposition se faisait remarquer dans la branche antérieure de la paire cervicale qui concourt à former le nerf médian. Le nerf sciatique droit présentait aussi une couleur brun-marron foncé, dans l'étendue de deux pouces et demi (2).

Je trouve dans le fait suivant, rapporté par M. Martinet, tant d'analogie avec celui-ci, qu'on les dirait recueillis sur le même sujet et que je ne puis me défendre d'en soupçonner l'identité; cependant, l'un des observateurs était à Liége et l'autre à Paris.

XLIe Obs. — Femme, quarante-trois ans, suppression du flux menstruel depuis vingt-deux ans. En mars, douleur violente le long du bras gauche, depuis l'épaule, à la partie interne du bras, antérieure de l'avant-bras, et jusqu'au bout des doigts. (Vésicatoire au bras.) La douleur diminue, mais il reste de la gêne, de l'engourdissement; paralysie du mouvement avec conservation de la sensibilité. (Nouveau vésicatoire.) La douleur diminue, le mouvement se rétablit; quand le vésicatoire sèche, les douleurs reviennent. En juin, douleur au bras droit. (Vésicatoires volants.) Amélioration, puis exacerbation violente. Octobre, douleur vive et paralysie du membre inférieur droit, eschare au sacrum. Mort le 10 novembre. — Arachnoïde spinale rouge dans une partie de son étendue. Moelle intacte. Nerf médian gauche, à sa séparation du plexus, d'une rougeur foncée dans l'étendue de deux pouces, à l'intérieur comme à l'exté-

(1) Verdureau, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, n° 9, p. 6.
(2) *Bibliothèque médicale*, 1813, t. XXXIX, p. 356.


LANE MEDICAL LIBRARY
To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.



L41 Gintrac,E. 13014
G49 Cours théorique et
t.8 clinique de pathologie
1869
NAME
DATE DUE

